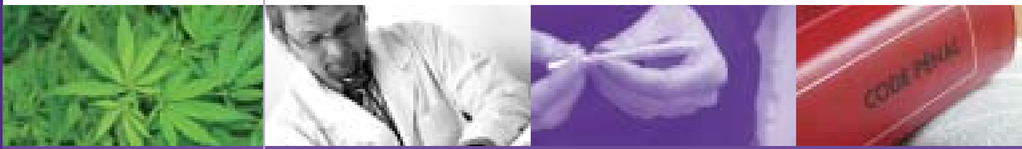
OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES

www.ofdt.fr

Cannabis, *données essentielles*



Sous la direction de Jean-Michel Costes

2007

Cannabis, *données essentielles*



Sous la direction de
Jean-Michel Costes

2007

Contributions

Cannabis, données essentielles est un ouvrage collectif réalisé à l'initiative de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

Sous la direction de Jean-Michel Costes

Comité éditorial : Sylvain Dally, Jean-Michel Costes, Julie-Émilie Adès, Michel Gandilhon, Stéphane Legleye, Hélène Martineau, Ivana Obradovic

Coordination éditoriale et rédactionnelle : Hélène Martineau et Julie-Émilie Adès

Auteurs : Julie-Émilie Adès, François Beck, Christian Ben Lakhdar, Agnès Cadet-Taïrou, Tiphaine Canarelli, Jean-Michel Costes, Cristina Diaz-Gomez, Isabelle Évrard, Michel Gandilhon, Stéphane Legleye, Cécile Martel (OEDT), Hélène Martineau, Maitena Milhet, Carine Mutatayi, Ivana Obradovic, Christophe Palle, Annie Sasco (INSERM/Université Bordeaux 2), Stanislas Spilka, Abdalla Toufik, Marie Tournier (Université Bordeaux 2/INSERM), Laure Vaissade, Hélène Verdoux (Université Bordeaux 2/INSERM)

Bibliographie / glossaire : Isabelle Michot / Laurence Callard

Conception graphique : Frédérique Million

Remerciements pour leurs conseils et leur relecture :

Les membres du collège scientifique de l'OFDT : Marie-Danièle Barré (CESDIP CNRS/min. Justice), Marie Choquet (INSERM), Sylvain Dally (Hôpital Fernand-Widal), Aline Désesquelles (ex INSEE, INED), Alain Epelboin (CNRS MNHN), Jean-Dominique Favre (DSCA - min. Défense), Pierre Goisset (La Mosaïque), Isabelle Grémy (ORS Ile-de-France), Jean-Baptiste Herbet (DREES - min. Santé et Solidarités), Claude Jacob (IPM Metz), Serge Karsenty (CNRS), Pierre Kopp (Université Paris 1), Alain Labrousse (anciennement OGD), Nacer Lalam (INHES - min. Intérieur et Aménagement du territoire), Antoine Lazarus (Université Paris XIII/AP-HP), Annette Leclerc (INSERM), Marie-José Parent (DGDDI - min. Économie, Finances et Industrie), Patrick Peretti-Watel (ORS PACA), Annie Sasco (INSERM/Université Bordeaux 2), Xavier Thirion (CEIP PACA-Corse), Sidonie Thomas (OCRTIS - min. Intérieur et Aménagement du territoire), Frank Zobel (OEDT)

Ainsi que : Alain Atger (MILDT), Pierre-Yves Bello (DDASS d'Eure-et-Loir), Fabrice Besacier (INPS), Marie-Berthe Biecheler-Fretel (INRETS), Matthieu Chalumeau (ODFT), Marie-France Chedru (MILDT), Thierry Delprat (OFDT), Éric Durand (INRS), Ruth Gozlan (MILDT), Bernard Fontaine (AMEST), Chantal Fontaine (MILDT), Blandine Gadegbeku (INRETS), Laurent Gourarier (CSST la Terrasse), Didier Jayle (MILDT), Patrice Jimenez (MILDT), Dominique Lopez (OEDT), Catherine Messina-Gourlot (AFSSAPS), Aude Moracchini (MILDT), Thomas Rouault (Toxibase), Dominique Vuillaume (MILDT)

Avant-propos

« Informer, expliquer et convaincre » : cette mission figure en bonne place dans le plan gouvernemental 2004-2008, et notre souhait est que cet ouvrage y contribue, en direction des professionnels comme du grand public. En France, la consommation régulière de cannabis concerne plus d'un million de personnes - une consommation qui nous place dans le peloton de tête des pays de l'Union européenne - et une immense majorité de jeunes s'en sont vu proposer au moins une fois par leur entourage, notamment au collège ou au lycée.

« Informer, expliquer et convaincre » que ce produit illicite largement consommé, facilement accessible, et qui leur paraît parfois si « anodin », peut aussi, dans certains cas, empoisonner la vie. En 2005, les pouvoirs publics ont mené une grande campagne audiovisuelle – la première du genre en Europe – pour mettre en garde contre les risques d'une consommation régulière de cannabis ; un an plus tard, une deuxième campagne était diffusée, toujours en direction des jeunes, pour les avertir du danger du cannabis sur la route : deux fois plus de risque d'accidents mortels, quinze fois plus en cas de mélange avec l'alcool.

Parallèlement, les actions de prévention se sont progressivement généralisées dans les établissements scolaires, avec un accent particulier sur le cannabis pour les élèves de 3e et 2de.

Mais on ne peut alerter sans offrir de réponse. Aussi, 300 consultations anonymes et gratuites ont été ouvertes en 2005 à l'intention des jeunes consommateurs et de leurs parents dans l'ensemble des départements. Ce réseau de consultations, à mi-chemin entre la prévention et le soin, répond à un réel besoin : deux tiers des consommateurs accueillis (très majoritairement des garçons) déclarent un usage régulier ou quotidien de cannabis, et plus du tiers fait l'objet d'un diagnostic de dépendance.

Parce que le cannabis reste le produit illicite le plus largement disponible - dont l'usage simple, rappelons-le, est puni par la loi - l'accent doit être mis encore et toujours sur la lutte contre le trafic : à petite échelle, il faut rappeler aux jeunes que vendre du cannabis, même en petite quantité, est assimilé par la loi à du trafic ; à plus grande échelle, le démantèlement des réseaux passe aussi par l'attaque du patrimoine des trafiquants, et une étude approfondie des circuits de blanchiment.

Pour trouver le bon équilibre entre prévention et répression, pour adapter au mieux les dispositifs à la réalité changeante des consommations, les pouvoirs publics - et plus largement tous les acteurs de la vie publique - doivent avoir en main des données fiables et actualisées. C'est ce qu'apporte cet ouvrage, un instrument d'information et de travail que nous souhaitons accessible au plus grand nombre.

Didier Jayle
Président de la MILDT

Préface

L'origine du mot haschisch serait liée à la secte des assassins qu'avait fondée au XIe siècle Hassan Ben Sabbah, le « vieux de la montagne ». Malheureusement (ou heureusement) il semble bien que cette étymologie, imaginée par Sylvestre de Sacy, un scientifique qui avait accompagné Bonaparte en Égypte, soit effectivement imaginaire.

Mais Sacy a planté le décor : le cannabis, issu de l'Orient mystérieux (même si à propos des consommations d'aujourd'hui, Amsterdam n'a pas grand-chose d'oriental) est lui-même un produit mystérieux. Il divise dès le XIXe siècle avec d'un côté ceux qui l'étudient et lui prêtent des effets terrifiants et de l'autre, ceux qui l'expérimentent et se montrent plus rassurants. Toutefois, d'emblée, le cannabis se différencie d'autres produits psychoactifs, eux aussi exotiques, tels que le café, le thé ou le cacao qui n'ont jamais suscité de réelles interrogations.

Aujourd'hui, la polémique reste tout aussi vive. Schématiquement, le cannabis sépare les seniors, plutôt contre (encore que…), des jeunes, plutôt pour. Produit d'importation (même si ce n'est plus tout à fait vrai), il est communément opposé à l'un des plus beaux fleurons de notre terroir : le vin. Dès lors, la comparaison des vertus et des vices respectifs des deux substances devient inévitable : laquelle « choisir » ? Laquelle réprouver ? En particulier lors de la conduite d'un véhicule ? Prendre position sur ces questions c'est s'attirer, à coup sûr, beaucoup d'acrimonie, et ce quelle que soit la réponse apportée ; c'est dire la complexité du problème…

Effectivement, la question essentielle est de savoir si le cannabis est dangereux. Bien sûr, il est irrationnel de vouloir, à tout prix, diaboliser le produit, mais prétendre l'inverse sans arguments objectifs, n'est pas non plus recevable.

La réponse logique à une telle polémique est de mener des études (ce qui est fait, notamment au sein de l'OFDT), études dont les résultats sont désormais suffisamment denses et cohérents pour avoir fourni la matière de cet ouvrage. Ceux qui attendaient une réponse manichéenne seront sans doute déçus par la lecture de ces données. La jeunesse de France n'est pas partie à la dérive mais l'usage du produit s'est banalisé. Il ne faut pas surestimer l'importance de l'économie souterraine qu'engendre le commerce du cannabis, mais celle-ci existe bel et bien. Le cannabis n'est pas le mal absolu mais sa consommation comporte des risques.

L'important est que ces résultats soient dépassionnés et que le contenu de cet ouvrage soit factuel plutôt qu'émotionnel ; ceci parce qu'une recherche transdisciplinaire a pu être menée au sein d'un organisme indépendant qui s'est toujours préoccupé d'observer plutôt que de débattre, et qui a appliqué à l'étude du cannabis une méthodologie scientifique.

Le travail conduit par des équipes de recherche de diverses nations, dont la France, permet aujourd'hui, sinon de tout savoir du cannabis (nous en sommes encore très loin), du moins de disposer d'une évaluation capable d'éclairer les décideurs, quels qu'ils soient.

Sylvain Dally
Président du Collège scientifique de l'OFDT

Sommaire

Introduction 8
Guide de lecture 10
Le cannabis : carte d'identité 11

Consommation de cannabis : niveaux, évolution, géographie

Synthèse 18-19
1. Niveaux d'usage et profils des usagers en France en 2005 20
2. Les évolutions de la consommation de cannabis sur les 15 dernières années 30
3. La France, à la tête de l'Europe du point de vue des consommations observées 35

Usages réguliers, usages problématiques de cannabis

Synthèse 40-41
4. Les usagers réguliers de cannabis, les contextes et les modalités de leurs usages 42
5. Le repérage des consommations problématiques 52

Le marché du cannabis en France

Synthèse 58-59
6. Provenance et filières de trafic 60
7. Approvisionnement et prix 66
8. Estimation du chiffre d'affaires du cannabis 73
9. Composition du cannabis : taux de THC et produits d'adultération 79

Risques, conséquences et effets liés aux usages de cannabis

Synthèse 88-89
10. Cannabis et risques somatiques 90
11. Cannabis : les risques pour la santé mentale 97
12. Le cannabis thérapeutique 102
13. Cannabis et risques routiers 105

La réponse publique en France

Synthèse 112-113

14. La prévention et les dispositifs d'écoute et de soutien 114

15. Prise en charge sanitaire pour un problème lié au cannabis 123

16. Statut légal du cannabis et traitement pénal des usagers et des trafiquants 131

17. Les législations européennes relatives au cannabis et leurs évolutions récentes 142

18. Le coût social du cannabis 146

Comment le cannabis est-il perçu en France ?

Synthèse 152-153

19. Les Français et le cannabis : éléments sur les représentations du public 154

20. Le cannabis dans le débat public et médiatique 161

Annexes

Textes législatifs en France et en Europe 170

Glossaire 184

Repères méthodologiques 189

Liste des sigles 207

Liste des figures 210

Bibliographie générale 212

A propos de l'OFDT 231

Introduction

Alors qu'il n'avait jusqu'à présent publié que des rapports centrés sur des enquêtes ou des dispositifs particuliers ainsi qu'un ouvrage de synthèse sur les drogues régulièrement actualisé, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies a choisi de consacrer une monographie à un produit psychoactif : le cannabis.

La génèse du projet *Cannabis, données essentielles* s'explique de diverses manières. Le cannabis est une des substances illicites qui soulèvent le plus de questions tant chez les spécialistes du champ que chez les acteurs de la politique publique, les professionnels de terrain ou au sein du grand public. Les niveaux de consommation atteints en France au cours de la dernière décennie ont encore renforcé ce phénomène. Dans le même temps, de nombreux travaux (impliquant souvent l'OFDT) ont été récemment consacrés au produit et à ses usages, contribuant à l'amélioration continue des connaissances. Par son rôle essentiel dans le recueil et la synthèse de l'information sur le phénomène des drogues en général et sur celui relatif au cannabis en particulier, l'OFDT est particulièrement à même de dresser un état des lieux des connaissances sur le produit.

Quatre ans après l'actualisation de l'expertise collective de l'Inserm consacrée au cannabis, il ne s'agit pas de se substituer à ce bilan de la recherche conduit dans de multiples disciplines. L'objectif de *Cannabis, données essentielles* est plutôt de permettre à chacun d'appréhender au mieux ce sujet en mettant à disposition les résultats les plus récents d'études épidémiologiques ou sociologiques, concernant avant tout la France.

C'est ce que propose cet ouvrage : décrire de manière synthétique les consommations, l'offre, les problèmes liés à ces consommations, les prises en charge, les perceptions et les représentations et la réponse publique apportée au cannabis.

La démarche suivie tente de concilier rigueur et pédagogie : exposer le plus scrupuleusement possible des éléments d'appréciation validés, compréhensibles

par tous, pour mieux cerner un phénomène complexe. L'approche scientifique, si elle peut parfois paraître ardue par son refus des simplifications, permet de se tenir à bonne distance des débats polémiques fréquents au sujet du cannabis. Ainsi, on trouvera, au détour des différents chapitres de cet ouvrage, un certain nombre d'idées reçues, trop souvent répandues, réfutées par les faits.

Ce travail a été réalisé presque intégralement grâce aux ressources propres à l'OFDT. Trois chapitres (législations européennes, conséquences somatiques et psychiatriques de l'usage de cannabis) sont des contributions extérieures. Très logiquement, l'équipe de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies a pris en charge le premier texte mentionné. Les deux autres, placés sous la responsabilité de leurs auteures, ont été confiés à des chercheuses spécialistes de ces champs.

Les différentes contributions signées par les membres de l'Observatoire ont été validées par un comité éditorial. À l'issue de cette première phase, l'ensemble des textes a été soumis à la lecture critique du Collège scientifique de l'Observatoire, composé de personnalités reconnues dans les domaines entrant dans les missions de l'OFDT. La prise en compte des remarques des membres du Collège a consolidé le travail.

Le résultat final est donc véritablement le fruit d'un effort d'équipe. Fidèle à son souci de large diffusion de la connaissance, l'OFDT souhaite que ce travail collectif puisse, en regard, être utile à la collectivité dans son ensemble.

Jean-Michel Costes
Directeur de l'OFDT

Guide de lecture - Cet ouvrage débute par une présentation générale du produit (carte d'identité), puis est ensuite divisé en six grandes parties thématiques abordant, tour à tour, les problématiques liées à la place du cannabis en France : consommations générales, usages réguliers, marché, risques et conséquences, réponse publique, perception et médias.

Chaque partie peut être lue indépendamment des autres et s'ouvre par une synthèse présentant les différents chapitres regroupés sous chaque thème.
Afin de permettre une lecture plus aisée de l'ouvrage, 4 types de renvois ont été utilisés :

[1]	renvoi à une référence bibliographique en fin de rapport et repérable par le numéro entre [ ]
(Figure 1)	renvoi à un tableau ou graphique situé dans le même chapitre
(voir chapitre 1)	renvoi à un autre chapitre
Repères méthodologiques	renvoi à la description détaillée en annexe des sources utilisées

La signification des sigles est en principe explicitée lorsqu'ils apparaissent pour la première fois dans une fiche. Il est cependant toujours possible de se reporter à la liste des sigles figurant à la fin de l'ouvrage.
Il n'y a pas de renvoi systématique dans le texte aux termes du glossaire.

Le cannabis : carte d'identité

Agnès Cadet-Taïrou

Le terme latin cannabis, dérivé du grec *kannabis*, partage avec ses homologues arabe, hébreu ou celte une racine commune assyrienne *quanabu*. Il s'agit en effet d'une des plantes parmi les plus anciennement connues par l'homme. Originaire d'Asie centrale elle aurait été diffusée au gré des migrations humaines vers l'Orient et l'Occident. Les premiers témoignages de son utilisation médicinale, retrouvés en Chine, datent d'environ 5 000 ans avant notre ère [246, 252].

La plante : le chanvre

Le cannabis appartient à la famille des Cannabinacées. Ses multiples aspects ont divisé pendant longtemps les botanistes quant à la question du nombre d'espèces existantes. Si certains considèrent qu'il existe trois espèces de cannabis, *Cannabis indica* (ou chanvre indien), *Cannabis sativa* (ou chanvre fibreux) et *Cannabis ruderalis*, la plupart des botanistes contemporains s'accordent sur l'existence d'une seule espèce, *Cannabis sativa*, qui présente elle-même plus d'une centaine de variétés [246]. Les deux principales formes en sont le chanvre « textile » ou fibreux (*Cannabis sativa* sativa) répandu en climats tempérés où il est cultivé pour ses fibres et pour ses graines oléagineuses (chènevis) et le chanvre indien ou type « drogue » (*Cannabis sativa* indica) cultivé pour sa production de « résine » riche en principes actifs psychotropes. Celui-ci pousse de façon endémique dans les zones tropicales ou subtropicales. Plus petit que le chanvre « textile », il ne comporte que peu de fibres mais produit, au niveau des inflorescences femelles (groupements de fleurs sur la tige d'une plante), une sécrétion (ou résine) visible sous forme de fins cristaux qui adhèrent aux inflorescences et aux feuilles.

La plupart des variétés ont des pieds mâles et femelles séparés, les premiers se distinguant des seconds par leur taille plus petite à maturité et leur aspect plus grêle. Les pieds femelles sont plus riches en résine que les pieds mâles.

Un composé psychotrope : le Δ⁹-THC

Le cannabis contient plusieurs centaines de composés différents, dont certains sont des constituants communs des plantes. Sa spécificité tient à la présence des cannabinoïdes, substances spécifiques du cannabis et responsables de ses effets psychotropes. Ils sont essentiellement présents dans la résine, mais également dans les feuilles [120, 246]. Parmi la soixantaine de cannabinoïdes recensés à ce jour, le delta-9-transtétrahydrocannabinol (Δ^9-THC) est le principal responsable des effets psychoactifs du cannabis chez l'homme. Il est classé comme stupéfiant. Cependant, l'acide Δ^9-tétrahydrocannabinolique, inactif mais transformé en Δ^9-THC lors de la combustion, est en fait présent en plus grande quantité dans la plante [155]. C'est l'ensemble de ces deux molécules que l'on dose pour déterminer le taux de Δ^9-THC des produits cannabiques. D'autres cannabinoïdes présenteraient des propriétés peut-être à l'origine de certaines utilisations thérapeutiques, traditionnelles ou non (voir chapitre 12).

Sur le plan légal, le chanvre est considéré comme étant de type « résine » si le taux de Δ^9-THC dans la matière sèche est supérieure à 0,2 % dans les conditions du protocole d'échantillonnage et d'analyse prévu par la loi [5, 120]. En pratique, le chanvre de type « résine » contient au moins 1 % de Δ^9-THC et celui de type « fibres », moins de 0,25 %, les autres étant considérés comme intermédiaires.

Les produits consommés

Le cannabis peut être consommé sous plusieurs formes.

- L'herbe (marijuana) est un mélange séché de sommités fleuries pouvant contenir aussi en proportions variables, des feuilles, des tiges et des graines.
- La résine de cannabis (ou haschich) est obtenue au Maroc en tamisant ou en séparant les sommités florales séchées (plus ou moins mélangées aux feuilles) de façon artisanale ou industrielle, comprimées ensuite sous forme de barrettes, pains, savons…
- L'huile de cannabis, est un liquide brun vert à noirâtre, obtenu à partir de l'herbe ou du haschish par extraction de la résine par de l'alcool à 90°. Réputée particulièrement riche en THC, son usage est peu répandu en Europe.

Le taux de THC finalement contenu dans l'échantillon consommé par l'usager est la résultante du processus de production, d'acheminement et de conservation. Il se caractérise par son extrême variabilité. Un travail de sélection génétique des plants peut permettre d'accroître le taux de Δ^9-THC potentiel de la plante. À partir d'un même plant, la teneur en THC diffère ensuite selon son mode de production. La forme de cannabis appelée « *sinsemilla* » (sans graines en espagnol) est particulièrement riche en THC. Elle est obtenue à partir de plants femelles non pollinisés (et donc dépourvus de graines), qui produisent ainsi davantage de résine et donc de Δ^9-THC. Des conditions de cultures sophistiquées, en intérieur, augmentent aussi la concentration en Δ^9-THC, grâce à un contrôle strict de la température, de la luminosité et des nutriments fournis à la plante (culture hydroponique). La sélection des parties de la plante les plus concentrées, à savoir les sommités florales (extrémités d'une tige garnie de petites fleurs groupées) débar-

rassées des bractées, aboutit à du cannabis plus fort en THC. C'est actuellement aux Pays-Bas que sont mises en œuvre, à grande échelle, ces différentes modalités de culture et de préparation.

Enfin, la teneur en Δ^9-THC du produit au moment de la consommation dépend largement du mode de conservation et du temps écoulé depuis la récolte. Plus celui-ci est important, plus le produit s'appauvrit en Δ^9-THC.

En outre, le taux de Δ^9-THC mesuré est lié à la partie de l'échantillon disponible ou sélectionnée pour l'analyse et comporte ainsi une part importante d'incertitude en l'absence d'un protocole de prélèvements strict (voir chapitre 9).

CINÉTIQUE APRÈS ABSORPTION

Le cannabis étant essentiellement fumé, seule son inhalation à chaud a été étudiée en détail. Selon la manière de fumer, 15 à 50 % du Δ^9-THC présent dans la fumée atteignent le sang, avec un pic de concentration survenant 7 à 10 min après le début de l'inhalation. Immédiatement, il se fixe sur les tissus riches en lipides, notamment dans le cerveau, où il est stocké : sa concentration dans le sang décroît alors très rapidement. De ce fait, la durée de son action psychotrope peut persister 45 min à 2 h 30 après une prise unique alors même que sa concentration sanguine est devenue très faible.

Combien de THC dans un joint ?

Le National Institute of Drug Abuse définit le joint « standard » comme contenant 9 mg de Δ^9-THC [155]. Un article concernant les risques routiers fait par ailleurs le point à partir de la littérature internationale portant sur ce sujet, sur les « doses » standard de THC contenues dans un joint : sont respectivement considérées comme faible, moyenne et forte les doses de THC de 7 mg, 14 mg et 21 mg pour 1 « joint » de cannabis [71]. Or ces estimations sont contingentes au contexte américain, où l'herbe, pratiquement seule forme présente localement, est fumée pure mais présente des taux en THC très inférieurs à ceux retrouvés en Europe.

En France, une étude réalisée en 2005 (voir chapitre 9) permet d'estimer que la moitié des échantillons de résine (la grande majorité de la consommation française) présente des taux de THC compris entre 7 et 12 % pour un taux moyen de 10 % (le taux mesuré pour l'herbe étant très proche). Différentes estimations évaluent le poids du joint « standard » entre 0,33 g et 0,40 g (voir chapitre 8 et [151]). On peut donc penser que le poids de THC contenu dans le « joint standard français » se situerait plutôt entre 20 et 50 mg avec un joint moyen contenant approximativement de 33 à 40 mg de THC.

Cependant, la dose absorbée par l'usager n'est pas celle contenue dans le joint (voir ci-dessous). Si l'on ajoute la variabilité liée à la manière de fumer (et donc à la dose recherchée par l'usager) à celle, déjà importante de la composition du joint standard, on peut considérer que la dose absorbée par l'usager se situe le plus couramment entre 3,5 et 24 mg pour une moyenne située entre 10,5 et 11,5 mg.

L'amplitude du pic sanguin, de même que celle des effets, est dépendante de la dose de Δ^9-THC inhalée (relation dose-effet) [155].

Le Δ^9-THC est ensuite dégradé par le foie, principalement en 11-nor-9-carboxy-Δ^9-tétrahydrocannabinol (Δ^9-THC-COOH), dépourvu d'effets psychotropes. Ses métabolites sont éliminés pour une part de 15 à 30 % par les urines, le reste étant éliminé essentiellement par les selles (30 à 65 %) ou la sueur, ces deux derniers milieux étant peu adaptés à des dosages de routine (voir encadré) [155].

Les cannabinoïdes, le Δ^9-THC en particulier, exercent leurs effets essentiellement par l'intermédiaire d'un récepteur spécifique (CB1) identifié chez le rat, en 1990, et par un effet non spécifique de perturbation des échanges ioniques des membranes cellulaires. Le récepteur CB1 est surtout présent (mais pas seulement) au niveau des systèmes nerveux central et périphérique. L'absence de ce récepteur

Dosage des dérivés du cannabis dans les milieux biologiques

Un usage de cannabis est assez facilement dépistable par le dosage dans les urines du Δ^9-THC-COOH. Cette molécule peut être retrouvée dans les urines pendant une durée de quelques jours après la dernière prise chez un petit consommateur et pendant 2 à 3 mois chez un gros consommateur. Le seuil de positivité communément utilisé est égal à 50 ng de Δ^9-THC-COOH par millilitre d'urine. Cependant, ces dosages, qu'ils utilisent des techniques immunologiques peu spécifiques mais automatisables ou des techniques chromatographiques, plus précises, n'informent ni sur le délai écoulé depuis la dernière consommation, ni sur la dose absorbée.

Le sang est donc le liquide le plus approprié pour dépister, dans un contexte médico-légal, un usage récent de cannabis. La méthode la plus fiable est, comme pour l'urine, la chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse. L'utilisation d'un modèle mathématique s'appuyant sur les concentrations de Δ^9-THC et de Δ^9-THC-COOH permet d'estimer le caractère récent ou non de la dernière prise. On considère ainsi qu'une concentration sanguine de 1 ou 2 ng par millilitre atteste d'une consommation récente de cannabis. Par contre, la relation entre la dose mesurée dans le sang à un moment donné et les effets psychoactifs est peu documentée, compte tenu de la grande variabilité individuelle des effets liée notamment à l'absence de proportionnalité entre le Δ^9-THC présent dans le sang à un moment précis et la quantité disponible au niveau du système nerveux central.

En dépit d'une excrétion des cannabinoïdes dans la salive assez faible, la recherche pour l'élaboration de tests salivaires fiables se poursuit, car on peut y retrouver le Δ^9-THC, témoin d'une consommation récente, pendant au moins 2 h et jusqu'à 10 h selon les quantités fumées et les méthodes utilisées.

La sueur apparaît comme un milieu inadéquat pour dépister l'usage, d'une part parce que le Δ^9-THC y est présent en faible quantité, mais surtout parce que sa présence ou non est dépendante du moment de la dernière toilette.

au niveau du tronc cérébral, zone contrôlant les paramètres clés du maintien de la vie, expliquerait l'absence de risque vital en cas d'usage important de cannabis. Un autre récepteur spécifique (CB2) mis en évidence en 1993 et présent uniquement au niveau du système immunitaire, ne joue aucun rôle dans l'effet psychotrope du cannabis. L'identification de ces deux récepteurs a ouvert la voie à la découverte de molécules cannabinoïdes endogènes, les endocannabinoïdes, et à la recherche sur leurs effets et fonctions [249, 251].

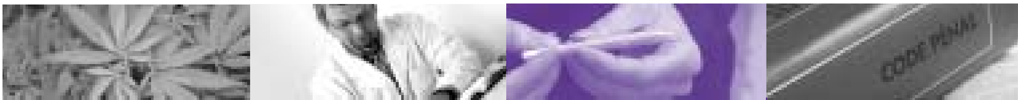
Effets cliniques

Les effets neuropsychiques du cannabis fumé apparaissent environ 15 à 20 min après inhalation chez un consommateur occasionnel, un peu plus tard chez un usager régulier. En cas d'ingestion, il faudra attendre 4 à 6 h. Les effets s'estompent en plusieurs heures : environ 4 h pour la consommation d'une dose inférieure à 20 mg de Δ^9-THC par inhalation (grossièrement équivalente à un « petit joint » selon les standards français), mais jusqu'à 24 h pour une forte dose [155].

Le retour d'un effet longtemps après l'épisode de consommation (flash-back) est un phénomène rare et peu documenté (voir glossaire).

Une prise du cannabis entraîne une euphorie en général modérée et un sentiment de bien-être suivis d'une somnolence, mais aussi un affaiblissement de la mémoire à court terme (mémoire dite « de travail ») et des troubles de l'attention. Cette ivresse cannabique peut être associée, en fonction de la dose, de la tolérance développée par l'usager et de sa sensibilité, à une altération des performances psychomotrices découlant de troubles de l'attention et de la coordination motrice et de l'allongement du temps de réaction, à une altération des capacités cognitives et à des modifications des perceptions sensorielles et de l'évaluation du déroulement du temps. Ces effets peuvent, selon la dose, la chronicité de l'usage et les susceptibilités individuelles, conduire à de véritables troubles aigus ou chroniques (voir chapitre 11).

Sur le plan somatique, une prise de cannabis provoque une accélération du débit et de la fréquence cardiaque et une dilatation des vaisseaux sanguins périphériques pouvant entraîner une hypotension en position debout, des maux de tête, une hypersudation ; elle est également responsable des classiques « yeux rouges ». Au plan pulmonaire, si l'inhalation du cannabis provoque dans un premier temps (1 h environ) une dilatation bronchique, elle est ensuite à l'origine de réactions inflammatoires susceptibles d'entraîner une toux. Un accroissement de l'appétit est également constaté parmi les effets les plus fréquents. L'amplitude de ces manifestations décroît, à dose équivalente, avec la régularité de l'usage. Parallèlement apparaissent les effets de l'usage chronique, surtout appréhendés à travers les troubles qu'ils peuvent entraîner (voir chapitre 10).



Consommation de cannabis : niveaux, évolution, géographie

Consommation de cannabis : niveaux, évolution, géographie

Le cannabis est de loin la drogue illicite la plus consommée et la plus disponible en France. Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans, trois sur dix déclarent en avoir déjà consommé et quatre sur dix disent s'en être déjà vu proposer, ce qui porte la part de la population ayant été en contact avec la substance de l'une ou l'autre de ces manières à près de 46 %.

Comme pour les autres drogues illicites, les hommes se révèlent plus souvent consommateurs de cannabis que les femmes tandis que les usages se raréfient très vite avec l'âge des personnes. La relation entre position économique et sociale, niveau d'instruction et usage est complexe. Les personnes sans emploi, ou avec un cursus scolaire court ou difficile, présentent des niveaux d'usage généralement supérieurs à celles dont les positions sociales ou le statut professionnel sont plus favorables. Toutefois, d'importantes exceptions existent : ainsi, parmi les actifs occupés, les cadres s'avèrent plus souvent consommateurs réguliers que les ouvriers. Par ailleurs, et contrairement à une idée reçue, les étudiants du supérieur ne sont pas plus souvent consommateurs de cannabis que les actifs occupés du même âge. Plus globalement, l'élévation du niveau de formation scolaire apparaît associé positivement à l'expérimentation, mais négativement à l'usage régulier.

Intensité de la sociabilité et consommations de cannabis sont également fortement liées, comme le montre la corrélation entre fréquence des contacts amicaux et

usage de cannabis à l'adolescence. Par comparaison, le milieu social familial semble n'être que peu associé à la fréquence d'usage, ce qui contredit l'idée répandue que le cannabis serait plus consommé dans les milieux populaires ou défavorisés.

Au plan géographique, il existe enfin d'importantes disparités régionales en France métropolitaine, essentiellement chez les jeunes consommateurs et aux niveaux d'usage les plus faibles. Les cartes sont cependant congruentes sur un point : alors que les deux principales sources de production de cannabis pour l'Europe, et la France en particulier, sont le Maroc et les Pays-Bas, il n'apparaît pas de gradient de consommation en direction de ces pays. Le sud comme le nord-est, *a priori* proches de ces zones d'approvisionnement, ne semblent pas en effet présenter des diffusions supérieures au centre de la France.

Depuis le début des années 1990, l'expérimentation de cannabis a connu une hausse très nette, surtout du fait des jeunes générations, mais ce mouvement semble s'être récemment arrêté. En revanche, la population des usagers commence à vieillir, même si les usages sont encore délaissés au-delà d'un certain âge.

La diffusion du cannabis est observée dans toute l'Europe mais à des degrés divers : elle est moindre dans les pays de l'Est et ceux proches de la Méditerranée et plus importante à l'ouest. La France fait partie des pays les plus consommateurs, en population adulte comme adolescente.

1

Niveaux d'usage et profils des usagers en France en 2005

François Beck, Stéphane Legleye, Stanislas Spilka

Les niveaux d'usage de cannabis en France sont observés depuis une quinzaine d'années grâce aux enquêtes représentatives en population générale. Cette observation s'appuie, en particulier, sur les *Baromètres santé* coordonnés par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) depuis le début des années 1990 ainsi que sur l'Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD), mise en place par l'OFDT depuis l'année 2000. Les derniers exercices de ces enquêtes ont été réalisés en 2005 et constituent à ce jour les données les plus récentes ; ils permettent une description détaillée des usages et des usagers, que ce chapitre propose d'exposer dans ses grandes lignes.

Le cannabis parmi les drogues illicites en France

Le cannabis est de loin la drogue illicite la plus consommée et la plus disponible en France. Parmi les 15-64 ans, trois individus sur dix (30,6 %[1]) l'ont déjà expérimenté tandis que 43,1 % disent s'en être déjà vu proposer : au total, 46,0 % de la population a été en contact avec le produit de l'une de ces deux manières. À titre de comparaison, viennent ensuite, dans des proportions nettement moindres, l'expérimentation du poppers (3,9 %), des champignons hallucinogènes (2,7 %), de la cocaïne (2,6 %) et de l'ecstasy (2,0 %). Moins de 2 % ont déclaré avoir expérimenté des produits à inhaler, du LSD, des amphétamines et moins de 1 % de l'héroïne ou du crack. Près de 9 % déclarent avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois, tandis que l'usage actuel des autres drogues illicites concerne moins de 1 % des individus.

Ces pourcentages peuvent être ramenés à des effectifs de la population qui permettent de porter un regard complémentaire sur la diffusion des usages. Le cannabis totalise ainsi plus de douze millions d'expérimentateurs parmi les 12-75 ans, loin devant la cocaïne et

1. Dont 3,1 % déclarant « non » à la question de l'usage au cours de la vie, mais précisant ultérieurement avoir déjà consommé « pour y goûter ».

l'ecstasy (près d'un million) et encore davantage l'héroïne (350 000). Globalement, les produits licites, dont l'alcool et le tabac, sont nettement plus répandus, qu'il s'agisse de l'expérimentation, de l'usage actuel ou des usages plus réguliers. Les médicaments psychotropes constituent une catégorie à part du fait de la diversité de leurs usages, depuis la prescription médicale strictement respectée, l'usage thérapeutique sans prescription jusqu'à l'usage détourné (non distingués ici). L'usage régulier de cannabis (au moins dix consommations au cours des trente derniers jours) concerne plus d'un million de personnes et son usage quotidien plus d'un demi-million [54].

Les usages de cannabis en population adulte

D'importants clivages par sexe et par âge

Comme pour les autres drogues illicites, les hommes sont proportionnellement nettement plus souvent consommateurs de cannabis que les femmes, la différence étant d'autant plus importante que l'on observe des niveaux d'usage élevés. Le détail montre en effet que l'usage au cours du mois concerne 4,8 % des 15-64 ans (7,3 % des hommes et 2,5 % des femmes), l'usage régulier 2,8 % (4,3 % *vs* 1,3 %) et enfin l'usage quotidien 1,3 %

Figure 1 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 12-75 ans en 2005[2]

	Alcool	Tabac	Méd. psych.	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Ecstasy
Expérimentateurs	42,5 M	34,8 M	15,1 M	12,4 M	350 000	1,1 M	900 000
dont actuels	39,4 M	14,9 M	8,7 M	3,9 M	//	250 000	200 000
dont réguliers	9,7 M	11,8 M	//	1,2 M	//	//	//
dont quotidiens	6,4 M	11,8 M	//	550 000	//	//	//

// : non disponible

- Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population)

- Usage actuel : au moins un usage dans l'année (pour le tabac, il s'agit des personnes déclarant fumer ne serait-ce que de temps en temps)

- Usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabagisme quotidien, usage de somnifères ou de tranquillisants dans la semaine, 10 consommations de cannabis dans le mois

NB : le nombre d'individus de 12-75 ans en 2005 est d'environ 46 millions.

Sources : ESCAPAD 2003, OFDT ; ESPAD 2003, Inserm/OFDT/MJENR ; Baromètre Santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

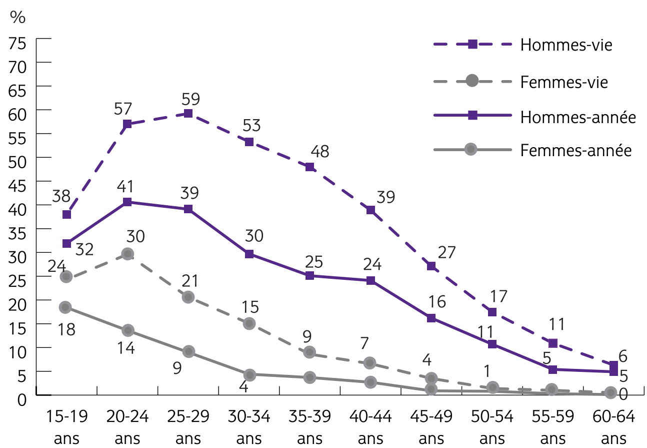
2. Ces chiffres sont des ordres de grandeur et doivent de ce fait être lus comme des données de cadrage. En effet, une marge d'erreur existe même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, la mention des 12,4 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie en fait que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 12,2 et 12,6 millions.

(2,0 % *vs* 0,5 %). Les usages se raréfient très vite avec l'âge des personnes (Figure 2), montrant que si le cannabis est un produit « jeune » parce qu'il se diffuse parmi les générations les moins âgées, son usage est le plus souvent, jusqu'à ces dernières années, abandonné lors du passage à la vie adulte [58].

Des disparités importantes suivant le statut d'activité

La figure 3 décrit la répartition globale des usages au sein de la population, suivant le statut scolaire et professionnel des personnes interrogées. Les usages apparaissent ainsi particulièrement faibles parmi les inactifs, catégorie composée majoritairement de retraités, tandis que c'est parmi les élèves et les étudiants qu'ils se trouvent les plus répandus. Les niveaux de consommation des chômeurs s'avèrent relativement proches de ceux des élèves et des étudiants pour l'expérimentation, mais nettement moins élevés pour les usages fréquents. Parmi les actifs occupés, les écarts sont plus faibles, mais il est possible de distinguer grossièrement trois groupes de professions et catégories sociales (PCS) : les agriculteurs exploitants d'un côté, largement sous-consommateurs, les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, ainsi que les ouvriers de l'autre, nettement surconsommateurs, tandis que les cadres et les professions intermédiaires présentent une consommation proche de la moyenne. L'observation des figures 2 et 3 suggère ainsi que la consommation de cannabis est abandonnée par une majorité d'individus au

Figure 2 : Usages de cannabis au cours de la vie et de l'année, par sexe et par âge en 2005 (en %)

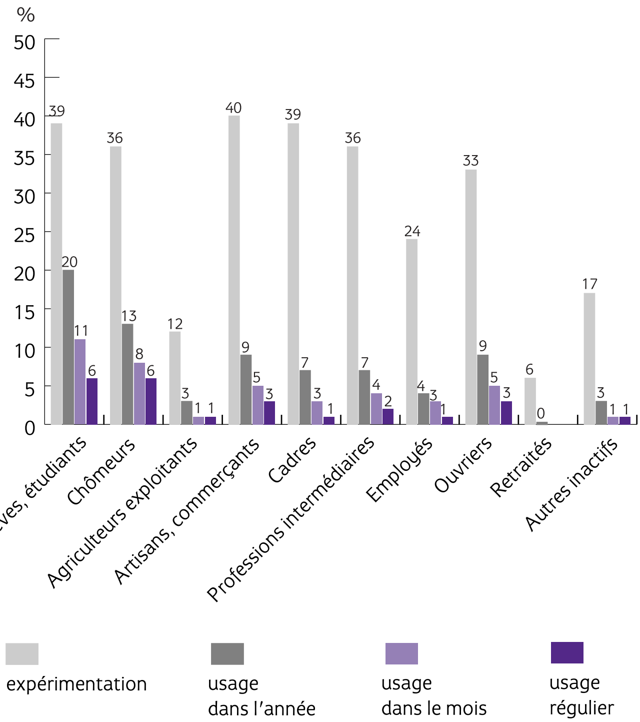


Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

moment de l'entrée dans le monde du travail, mais que le chômage peut constituer une circonstance de relatif maintien dans cette pratique.

Ces résultats globaux s'expliquent en large partie par les différences d'âge, de sexe, de situation familiale, etc. qui distinguent ces catégories de personnes. Par exemple, les étudiants sont plus jeunes que les inactifs et présentent, de ce fait, des niveaux supérieurs d'usage de cannabis, et de semblables distinctions peuvent être faites au sein des actifs occupés. Pour démêler ces facteurs de confusion et comparer les catégories « toutes choses égales par ailleurs » afin de vérifier s'il persiste un effet de l'appartenance à une catégorie donnée non réductible au sexe, à l'âge, etc., il importe de procéder à des analyses différentes. La figure 4 résume ainsi les résultats de régressions logistiques contrôlant les principales caractéristiques sociodémographiques associées aux usages parmi les 15-34 ans. En comparaison des actifs occupés, les élèves et les étudiants apparaissent légèrement sous-

Figure 3 : Usages de cannabis suivant le statut scolaire et professionnel parmi les 15-64 ans en 2005 (en %)



Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

expérimentateurs, mais leurs usages plus récents ne se distinguent pas. Une analyse plus fine montre également que les étudiants du supérieur, contrairement à une idée répandue, ne se montrent pas plus souvent consommateurs que les actifs occupés du même âge [58]. Enfin, les chômeurs sont nettement surconsommateurs, toutes choses égales par ailleurs.

Les plus diplômés moins souvent consommateurs réguliers

Le niveau de formation scolaire est également un facteur de clivage important. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, les modèles logistiques contrôlant la situation scolaire et professionnelle permettent de montrer que la possession d'un diplôme de niveau bac est globalement un facteur associé à l'expérimentation, comme à l'usage dans l'année ou le mois. En revanche, elle est associée à une diminution de l'usage régulier de cannabis : la proportion d'usagers réguliers parmi les possesseurs d'un diplôme de l'enseignement supérieur est de plus de 30 % inférieure à celle mesurée parmi ceux qui se sont arrêtés avant le bac. Ce dernier point pourrait s'expliquer par une perception accrue des dangers du produit ou une attention supérieure portée à sa santé, avec l'élévation du niveau d'instruction [46]. Un meilleur niveau d'instruction autoriserait l'expérimentation et ne freinerait pas l'usage actuel mais « protégerait » du basculement vers une consommation régulière et vers un usage problématique. Il s'agirait alors d'un résultat comparable à celui retrouvé pour le tabac, moins souvent fumé parmi les personnes dont la position sociale est élevée. Toutefois, parallèlement au statut professionnel, d'autres facteurs sociaux (plus grande sociabilité, environ-

Figure 4 : Odds ratios (OR) des différents usages de cannabis parmi les 15-34 ans en 2005 ajustés* en fonction du statut scolaire et professionnel (en %)

	Usage au cours de la vie	Usage au cours de l'année	Usage au cours du mois	Usage régulier
Élèves, étudiants, n=3 368	**0,8**	1,1	0,9	0,8
Chômeurs, n=1 285	1,0	**1,3**	**1,4**	**1,8**
Actifs occupés : référence, n=5 576	-1-	-1-	-1-	-1-

** Sur l'âge, le sexe, la vie de couple, les enfants, le niveau de diplôme, la taille de l'unité urbaine de résidence et l'équipement téléphonique (liste blanche/orange, rouge, mobile exclusif). En gras figurent les OR dont l'intervalle de confiance à 95 % ne contient pas 1 ; ceux en italiques sont significativement inférieurs à 1. Un OR gras supérieur à 1 indique une surconsommation relative par rapport à la catégorie de référence pour l'indicateur considéré ; un OR gras inférieur à 1 indique une sous-consommation relative.*

Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

nement familial…) pourraient également entrer en ligne de compte[3].

De faibles différences entre les catégories d'actifs occupés

Le même genre d'analyse peut être opéré parmi les actifs occupés, afin de vérifier si les différences apparentes entre les niveaux de consommation de certaines professions et catégories sociales (tout comme l'apparente similarité entre autres) sont réductibles à des caractéristiques démographiques plutôt qu'à l'exercice d'un type de métier plutôt qu'un autre. Or, dans ce cas, les analyses logistiques confirment que les différences entre PCS sont faibles. Toutes choses égales par ailleurs, il persiste des écarts pour l'expérimentation avec notamment une surconsommation des cadres, des artisans et des commerçants ainsi que des professions intermédiaires comparativement aux ouvriers et, à l'inverse, une sous-expérimentation des agriculteurs exploitants. Pour les usages plus récents, comme l'usage au cours de l'année, seuls les agriculteurs et les employés paraissent sous-consommateurs, tandis que, pour l'usage régulier, c'est uniquement le cas pour les cadres. Ainsi, le cannabis est bien diffusé de manière relativement homogène dans le monde du travail. Un examen de détail révèle toutefois qu'il existe des différences au sein d'une catégorie donnée, suivant le type de métier : il semblerait que la PCS gomme certains particularismes observés à un niveau plus fin [58].

La consommation de cannabis à l'adolescence

Les garçons nettement surconsommateurs

À l'adolescence, comme dans la population adulte, le cannabis est de très loin la principale drogue illicite consommée. En 2005, 49,5 % des jeunes de 17 ans déclaraient avoir déjà pris du cannabis au cours de leur vie, 27,9 % en avoir pris au cours des trente derniers jours, 10,8 % de façon régulière (au moins dix fois dans le mois) et 5,2 % quotidiennement au cours de cette période [53]. L'usage est d'autant plus masculin que la fréquence considérée est élevée : le *sex-ratio* vaut 1,2 pour l'expérimentation et l'usage au cours de l'année, 1,5 pour l'usage au cours du mois, 2,4 pour l'usage régulier et 2,5 pour l'usage quotidien.

Une expérimentation précoce

Le cannabis est aussi la substance psychoactive illicite dont l'expérimentation est la plus précoce : vers 15 ans en moyenne, lorsque la question est posée à 17 ans, contre 16 ans pour les autres drogues illicites.

L'expérimentation du cannabis a lieu très massivement au cours de l'adolescence, les prévalences croissant très rapidement avec l'âge au cours de cette période de la vie. En 2005, 12,8 % des expérimentateurs ont fumé leur premier joint au plus tard à 13 ans, 58,4 % à 15 ans et 90,3 % à 16 ans [48].

3. Le niveau de diplôme n'est qu'une façon de résumer un ensemble de dispositions et d'acquis qui vont des compétences scolaires et la culture académique à une sociabilité et des représentations sociales. En soi, le diplôme n'est que le signe de ces caractéristiques (et sans doute d'autres qui ne sont pas observées).

Des usages liés à la sociabilité et moins au milieu social

Comme au sein de la population adulte, certaines caractéristiques sociales (scolaires et familiales) permettent de différencier les comportements. Ainsi les usages sont plus répandus parmi les jeunes qui se sont orientés vers une filière scolaire courte ou professionnelle, et davantage encore parmi les jeunes sortis du système scolaire[4] (Figure 5). Toutefois, l'intensité de la sociabilité et des contacts amicaux clive les usages encore bien plus nettement que le parcours scolaire : la proportion d'usagers au cours du mois triple avec la fréquence des sorties dans les bars (d'aucune sortie au cours des

Figure 5 : Usages de cannabis suivant le statut scolaire et professionnel à 17 ans en 2005 (en %)

	Expérimentation	Usage au cours du mois	Usage régulier
Élève, étudiant	47,8	26,0	9,0
Apprentissage, formation alternée	57,1	37,2	18,1
Actif (chômeur ou occupé)	60,1	41,5	27,0

Exemple de lecture : 47,8 % des élèves et étudiants de 17 ans sont expérimentateurs de cannabis, 26,0 % usagers au cours du mois et 9,0 % usagers réguliers.

Source : ESCAPAD 2005, OFDT.

Figure 6 : Usages de cannabis suivant la sociabilité à 17 ans en 2005 (en %)

Sortie dans les cafés, bars, pubs	Usage au cours du mois	En soirée chez des amis ou chez soi	Usage au cours du mois
jamais	14,6	jamais	7,8
moins d'une fois par mois	19,5	moins d'une fois par mois	11,1
une ou deux fois par mois	30,2	une ou deux fois par mois	23,0
au moins une fois par semaine	39,8	au moins une fois par semaine	40,0
tous les jours ou presque	44,2	tous les jours ou presque	52,3

Exemple de lecture : 14,6 % des adolescents de 17 ans déclarant n'être jamais allés dans un café, bar ou pub avec des amis au cours des douze derniers mois disent avoir fumé du cannabis dans les trente derniers jours.

Source : ESCAPAD 2005, OFDT.

4. *Ce résultat reste vrai lorsque le milieu social est contrôlé dans une analyse multivariée.*

douze derniers mois à des sorties presque quotidiennes) et elle est même multipliée par six en fonction des soirées chez soi ou chez des amis (Figure 6). Par comparaison, le milieu social familial semble n'être que très peu associé à la fréquence d'usage : l'expérimentation est certes plus répétée avec l'élévation de la profession et la catégorie sociale des parents, mais les usages plus fréquents, comme l'usage régulier, sont tout à fait similaires dans ces segments de population (Figure 7). Ces résultats contredisent néanmoins l'idée répandue que le cannabis, en tant que drogue illicite, serait plus consommé dans les milieux populaires ou défavorisés. Ils confirment que, dès l'adolescence, il est répandu dans tous les milieux. Notons que d'autres facteurs, comme le fait de vivre au sein de foyer parental ou l'union des parents jouent également un rôle, notamment en raison des possibilités de surveillance formelle ou informelle que ces situations autorisent [48, 59].

Géographie des usages

D'importantes disparités régionales en métropole

À l'adolescence, les usages de cannabis au cours de l'année sont plus répandus dans l'ouest et en particulier en Bretagne que dans le reste de la France, mais certaines régions du sud, comme Midi-Pyrénées et Provence-Alpes Côte-d'Azur présentent également une diffusion plus élevée que la moyenne. À l'inverse, les régions les moins consommatrices se situent au nord du pays, du Nord-Pas-de-Calais jusqu'au Centre, groupe auquel il faut adjoindre l'Alsace. En population adulte, l'image est très différente : si le nord du pays apparaît également sous-consommateur par rapport au reste du pays, l'ouest ne se distingue plus. De même, l'Île-de-France se singularise par une prévalence plus élevée que le reste du pays (alors que les adolescents de la

Figure 7 : Usages de cannabis suivant le milieu social familial* déclaré à 17 ans en 2005 (en %)

	Expérimentation	Usage au cours du mois
« défavorisé »	43,1	26,1
« modeste »	46,3	26,2
« moyen »	49,5	28,0
« favorisé »	53,5	29,6
« très favorisé »	56,2	31,3

Exemple de lecture : 43,1 % des adolescents de 17 ans dont la famille est classée dans la catégorie « défavorisée » (voir ci-dessous) disent avoir expérimenté le cannabis.

** Évalué par la Profession et catégorie sociale (PCS) la plus élevée du couple des parents, parmi 11 choix assortis d'exemples de professions, selon la répartition suivante : « défavorisé » indique que les deux parents sont déclarés inoccupés par l'enfant ; « modeste » qu'ils sont au maximum ouvrier ou employé ; « moyen » qu'ils sont au plus profession intermédiaire ; « favorisé » que l'un seulement des parents est cadre, chef d'entreprise, artisan ou commerçant ; « très favorisé » que les deux le sont. Ces catégories recoupent celles de l'INSEE mais ne sont pas identiques.*

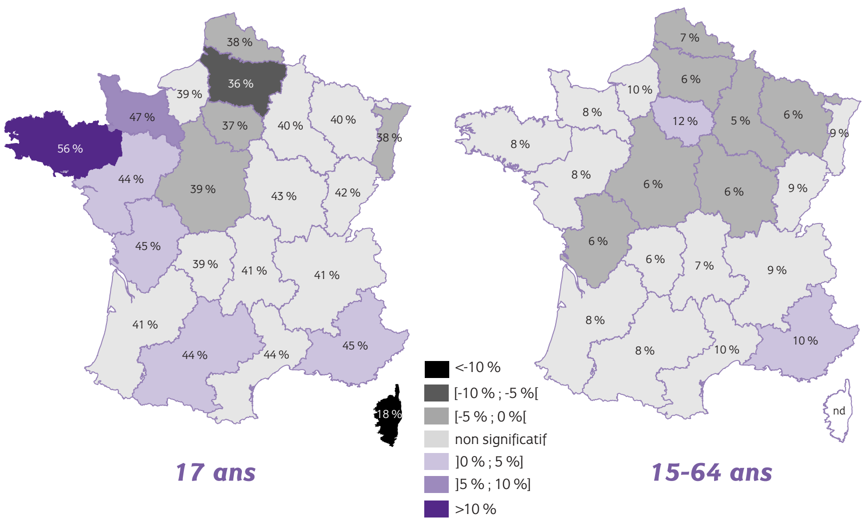
Source : ESCAPAD 2005, OFDT.

région sont sous-consommateurs), aux côtés de Provence-Alpes-Côte d'Azur. Alors que les deux sources de production principales de cannabis pour l'Europe, et la France en particulier, sont le Maroc et les Pays-Bas (voir chapitre 6), ces deux cartes soulignent l'inexistence apparente de gradient de consommation en direction de ces pays. Le sud comme le nord-est, *a priori* proches de ces zones d'approvisionnement, ne présentent pas, en effet, de diffusions supérieures au centre de la France. Il existe ainsi de réelles spécificités régionales et des différences générationnelles importantes au sein des régions en ce qui concerne l'usage de cannabis.

Les jeunes d'outre-mer moins consommateurs

Les données disponibles depuis quelques années dans les départements et territoires d'outre-mer (DOM et COM) grâce à l'enquête ESCAPAD montrent que les jeunes de 17 ans y sont nettement moins consommateurs que les jeunes métropolitains du même âge. Il y a peu d'écarts entre les DOM, même si la Réunion semble en léger retrait pour l'usage régulier, et que les niveaux observés dans les COM apparaissent cependant un peu plus élevés, en particulier en Nouvelle-Calédonie.

Figure 8 : Usage de cannabis au cours de l'année parmi les 17 ans et les 15-64 ans en 2005 par région (en %)



Moyennes nationales : 41,3 % et 8,6 %

nd : non disponible

Les cartes fournissent deux types d'information : les chiffres indiquent la prévalence de l'usage de cannabis dans la région et la présence d'une couleur montre que l'écart avec le reste de la France est significatif (test Chi-2 au seuil de 0,05) ; l'intensité de la couleur traduit l'ampleur de l'écart.

Exemple de lecture : l'usage de cannabis au cours de l'année est de 56 % à 17 ans en Bretagne, soit un écart significatif de plus de 10 % avec la moyenne nationale.

Sources : ESCAPAD 2005, OFDT ; Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

En région parisienne et à Paris intra-muros, des écarts suivant le lieu de résidence

Il est possible d'opérer des distinctions plus fines au sein de certaines régions, notamment en Île-de-France. Ainsi, l'enquête ESCAPAD a permis de montrer que les usages de cannabis apparaissent globalement plus répandus dans l'ouest de l'Île-de-France que dans le nord et l'est, nettement moins favorisés sur le plan économique et social.

Le clivage existe au sein même de Paris *intra-muros*, opposant les quartiers riches du sud et de l'ouest, plus consommateurs, à ceux plus populaires du nord et de l'est, qui le sont nettement moins. Là encore, les usages les plus fréquents sont cependant répartis de façon plus uniforme, mais des analyses multivariée montrent qu'il persiste certaines différences qui ne sont pas réductibles aux disparités économiques. Il existerait donc bien des facteurs culturels associés aux usages de cannabis suivant les zones de résidence [49, 51, 57].

Au final, les usages de cannabis sont répandus dans tous les segments de la population et sur tout le territoire national, en métropole comme en outre-mer. Le genre et l'âge restent les principaux déterminants démographiques, mais le niveau d'instruction scolaire, l'activité professionnelle et le type d'emploi ou encore la zone de résidence apparaissent également discriminants. Ainsi, les usages de cannabis sont plus fréquents parmi les hommes et les jeunes générations, mais aussi, par exemple, parmi les chômeurs, tandis que les différences entre les actifs occupés s'avèrent plus faibles. De même, l'expérimentation et les usages occasionnels se révèlent plus répandus parmi les personnes diplômées du supérieur, au contraire des usages plus réguliers. Ces déterminants sociaux, dont certains sont construits *a posteriori*, permettent de décrire les usages dans la population mais ne peuvent suffire à les expliquer : souvent pluridimensionnels, ils traduisent et résument, tout en les masquant partiellement, les opportunités, les choix et les préférences individuelles de consommation de produits psychoactifs.

Figure 9 : Usages de cannabis dans les DOM et COM à 17 ans en 2005 (en %)

	Guadeloupe	Guyane	Martinique	Réunion	Polynésie française	Nouvelle-Calédonie	Métropole
Expérimentation	36	30	30	38	38	47	49
Usage au cours du mois	18	18	18	17	19	25	28
Usage régulier	7	6	6	4	5	8	11

Exemple de lecture : 36 % des jeunes Guadeloupéens ont déclaré avoir expérimenté le cannabis, 18 % en ont fumé au cours du mois et 7 % en ont fumé régulièrement au cours de cette période. La taille de certains échantillons limite la précision des mesures, qui sont donc fournies sans décimale.

Source : ESCAPAD 2005, OFDT.

Repères méthodologiques

Baromètre santé ; ESCAPAD

Les évolutions de la consommation de cannabis sur les 15 dernières années

François Beck, Stéphane Legleye, Stanislas Spilka

L'évolution des niveaux d'usage de cannabis en France peut être quantifiée grâce aux enquêtes représentatives en population générale. Cette observation s'appuie, en particulier, sur les *Baromètres santé* coordonnés par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) depuis le début des années 1990 et dont une large partie du questionnaire est consacrée aux consommations de drogues ainsi que sur les différentes vagues de l'Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD), mise en place par l'OFDT depuis l'année 2000. Les derniers exercices de ces enquêtes, réalisés en 2005, permettent également une mise en regard avec les autres substances psychoactives, en particulier l'alcool et le tabac.

En population adulte

Depuis le début des années 1990, l'expérimentation de cannabis a connu une hausse très nette pour atteindre 31 % en 2005 parmi les 18-64 ans [56]. Cette diffusion a surtout été le fait des jeunes générations. Toutefois, ce mouvement semble s'être récemment arrêté : l'expérimentation apparaît même en baisse pour les hommes âgés de 18 à 25 ans entre 2002 (61 %) et 2005 (56 %) alors qu'elle reste stable pour les femmes de cette tranche d'âge (37 % en 2002 et 39 % en 2005). Au-delà de cet âge, les personnes déclarant avoir expérimenté le cannabis s'avèrent plus nombreuses qu'auparavant : l'expérimentation étant une mesure de stock, les expérimentateurs des années précédentes, qui ont contribué à la hausse des prévalences, commencent maintenant à vieillir. La diffusion du cannabis dans la population s'est donc ralentie depuis 2002. La figure 10 présente l'évolution de la proportion d'expérimentateurs de cannabis parmi les 18-44 ans, tranche d'âge commune aux onze enquêtes menées en France entre 1992 et 2005[5]. La

5. Ces enquêtes ont des méthodologies et des questionnements différents et leurs résultats sont d'accessibilité et d'importance inégales. Ces dernières années ont vu disparaître les plus étrangères au champ des drogues au profit des grandes enquêtes menées par l'OFDT, le CFES puis l'INPES.

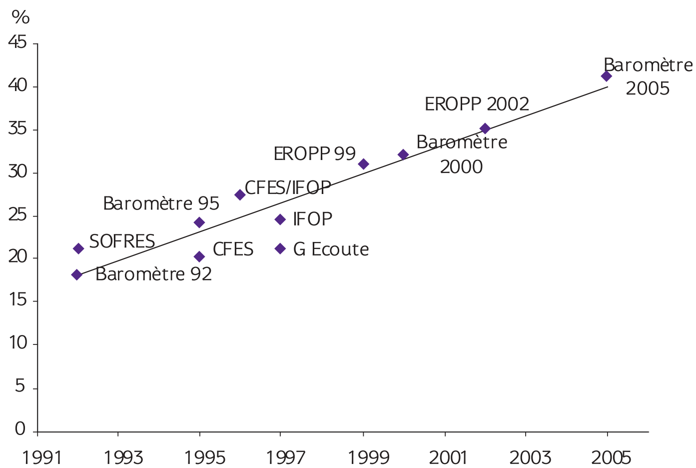
linéarité de la tendance d'évolution indique néanmoins une diffusion assez continue au cours de la dernière décennie.

Les usages plus fréquents ne suivent pas la même tendance. L'usage au cours de l'année, qui apparaissait en hausse entre 1992 et 2002 est resté stable entre 2002 et 2005 et concerne environ 8 % des 18-64 ans. L'usage récent (au moins une fois au cours des trente derniers jours) semble également se stabiliser depuis 2000 autour de 5 %. Dans le détail, on observe que les 18-25 ans sont proportionnellement moins nombreux à consom-mer au cours du mois que ceux de cette tranche d'âge en 2002. En revanche, la consommation régulière (au moins dix fois au cours des trente derniers jours) a connu une augmentation significative entre 2000 et 2005 (passant de 1,7 % à 2,7 % des 18-64 ans), pour les hommes (passant de 2,6 % à 4,2 % ; p<0,001) comme pour les femmes (de 0,8 % à 1,2 % ; p<0,05).

À L'ADOLESCENCE

En population adolescente, après la hausse continue de l'expérimentation observée depuis le début des années 1990, une légère tendance à la diminution pour les deux sexes s'observe entre 2002 et 2005, avec un ralentissement apparu dès 2002 parmi les garçons et en 2003 parmi les filles (Figure 11) [53]. Le niveau global d'expérimentation se révèle relativement stable ces dernières années, environ la moitié des individus de 17 ans se trouvant concernée.

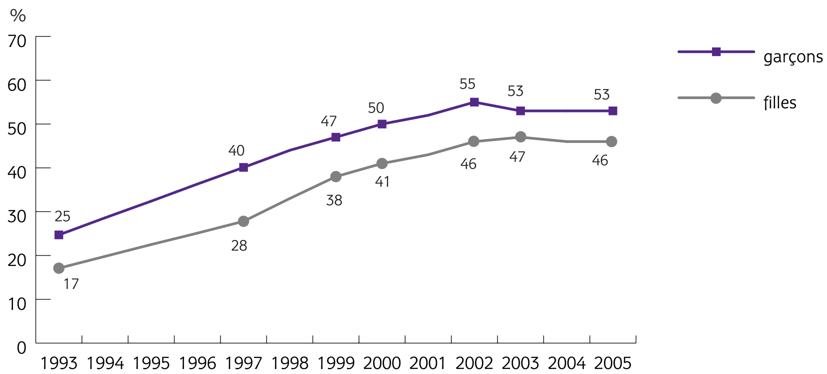
Figure 10 : Expérimentation de cannabis parmi les 18-44 ans, 1992-2005 (en %)



Sources : sondage 1992, SOFRES ; Baromètre 1992, 1995, 1996, 2000, CFES ; sondage 1997, IFOP ; sondage 1997, Publimétrie Grande Écoute ; EROPP 1999, 2002, OFDT ; Baromètre santé 2005, INPES.

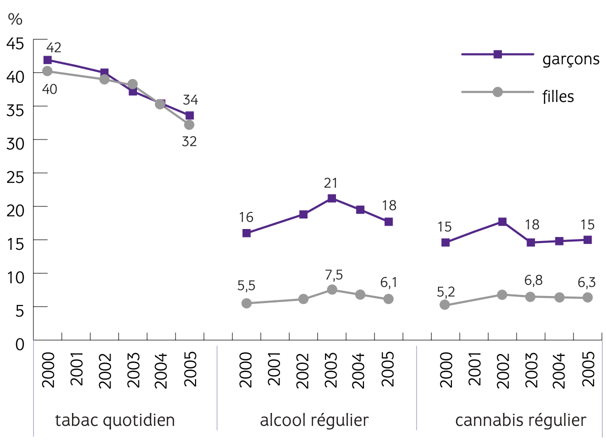
Si les niveaux d'usages de cannabis mesurés à 17 ans ont crû depuis 2000, on constate en revanche une tendance à la baisse de l'âge moyen lors de l'expérimentation, qui est passé de 15,3 ans en 2000 à 15,1 ans en 2005, suggérant que les usages

Figure 11 : Expérimentation de cannabis par sexe, à 17 ans, 1993-2005 (en %)



Sources : Adolescents, enquête nationale 1993, ; Enquête sur la scolarité et les loisirs des lycéens 1997, CADIS ; ESPAD 1999 Inserm/OFDT/MENRT ; ESCAPAD 2000, 2002, 2003, 2005, OFDT.

Figure 12 : Usage régulier de tabac, d'alcool et de cannabis par sexe, à 17 ans, 2000-2005 (en %)



Source : ESCAPAD 2005, OFDT.

sont globalement devenus à la fois plus fréquents et plus précoces ces dernières années. Ces tendances demandent toutefois à être vérifiées à l'avenir compte tenu de la récente inflexion de la diffusion du produit.

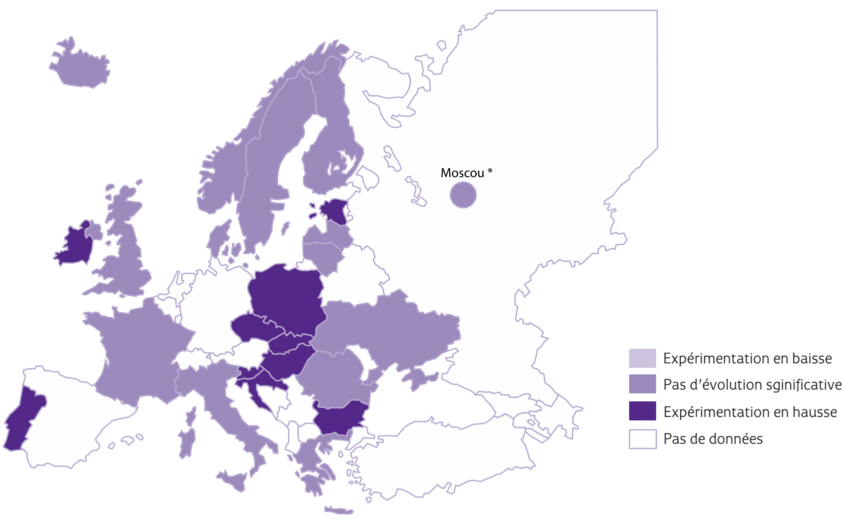
Évolution du cannabis comparée aux autres produits

Relativement aux autres produits, dans la population adulte, le tabagisme et l'usage d'alcool apparaissent en baisse depuis plusieurs décennies, tandis que l'usage de cannabis, qui avait crû tout au long des années 1990, apparaît désormais stabilisé depuis 2002. À l'adolescence, l'usage régulier de cannabis, après avoir progressé depuis le début des années 1990, a depuis 2003 regagné son niveau de 2000. Les changements observés sur la période concernent surtout les garçons. Depuis 2000, l'usage régulier de cannabis se trouve à un niveau très proche de l'usage régulier d'alcool pour les deux sexes. Ce dernier se trouve en diminution depuis 2003, en particulier parmi les garçons, alors que les ivresses régulières (au moins dix dans l'année) apparaissent en hausse, passant de 7 à 10 % sur la même période (Figure 12).

Évolutions au niveau européen

Au niveau européen, on observe également la généralisation de l'usage du cannabis, que ce soit en population adulte ou à l'adolescence. Selon le dernier rapport de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), l'usage de

Figure 13 : Évolution 1999-2003 du niveau d'expérimentation de cannabis à 15-16 ans selon les pays européens



** Pour la Russie les données ne concernent que la ville de Moscou*
Sources : ESPAD 1999, 2003, Inserm/OFDT/MENRT.

cannabis a commencé à se diffuser au cours des années 1960, cette diffusion s'étant élargie au cours des années 1970 et 1980 [222]. En population adolescente, la répétition de l'enquête en milieu scolaire ESPAD à l'identique en 1995, 1999 et 2003 effectuée dans la plupart des pays européens permet également de dégager des tendances montrant que le cannabis s'est diffusé de plus en plus massivement en Europe occidentale au cours des années 1990, avant de se stabiliser ces dernières années [145]. Entre 1999 et 2003, aucun pays européen ne présente de diminution significative des niveaux d'usage de cannabis. L'expérimentation progresse essentiellement dans les pays d'Europe centrale et orientale (Bulgarie, République tchèque, Hongrie, Pologne…), mais aussi en Irlande et au Portugal. La consommation de cannabis au cours du mois se révèle pour sa part stable dans l'ensemble de l'Europe entre 1999 et 2003, seuls trois pays présentent des augmentations significatives : la Bulgarie, la Slovaquie mais également le Royaume-Uni où la hausse (de 16 à 20 % entre 1999 et 2003) intervient après une forte période de baisse entre 1995 et 1999 (24 % *vs* 16 % entre 1995 et 1999).

Repères méthodologiques
Baromètre santé ; ESCAPAD ; ESPAD

La France, à la tête de l'Europe du point de vue des consommations observées

Stanislas Spilka, François Beck, Stéphane Legleye

Les efforts de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) pour rendre les enquêtes en population générale des différents pays comparables, grâce à des protocoles en grande partie standardisés [73], permettent désormais de dresser une cartographie européenne des usages de cannabis au cours de l'année parmi les adultes ou les adolescents.

La consommation des adultes en Europe

Les données relatives aux consommations des adultes proviennent des enquêtes nationales les plus récentes, l'année de référence variant de 2000 à 2005 (le plus souvent 2003). La plupart des pays peuvent fournir des résultats sur la tranche d'âge 15-34 ans à quelques exceptions près[6]. En Europe, les niveaux d'usage actuel (au cours de l'année) de cannabis des jeunes adultes varient de 3 % en Grèce à 22 % en République tchèque. La France, la République tchèque, l'Espagne, le Royaume-Uni et Chypre sont les pays qui présentent les taux d'usage de cannabis au cours de l'année les plus élevés au sein des pays européens. D'autres données peuvent être mobilisées pour mettre en perspective ces comparaisons : par exemple, aux États-Unis, le niveau était de 20 % en 2001 parmi les 18-34 ans [261], tandis qu'en Australie il était de plus de 25 % en 1998 parmi les 15-39 ans [146]. Au sein des populations plus âgées, l'usage de cannabis diminue rapidement avec l'âge. En France, par exemple, si 49 % des jeunes adultes âgés de 20-25 ans se déclarent expérimentateurs, ils sont moins de 20 % entre 45 et 54 ans et 7 % à 55-64 ans. Il en va de même dans la plupart des pays européens.

Cartographie de l'usage au cours de l'année parmi les adultes

La cartographie de l'usage actuel de cannabis présente un gradient sud-ouest/nord-est où la France, le Royaume-

6. *Pour le Danemark, la Pologne et le Royaume-Uni, il s'agit des 16-34 ans, pour la République tchèque, la Slovaquie, la Hongrie, la Suède et l'Allemagne, des 18-34 ans et pour la Suisse, il s'agit de la tranche des 15-39 ans.*

Uni et l'Espagne présentent les niveaux les plus élevés d'Europe occidentale (entre 17 et 22 %) alors que les pays nordiques et d'Europe centrale enregistrent les taux les plus faibles compris entre 6 et 11 % à l'exception, toutefois, de la République tchèque, qui, avec un niveau d'usage égal à 22 %, se distingue nettement. Notons enfin que les hommes s'avèrent plus fréquemment usagers de cannabis que les femmes dans tous les pays européens [222].

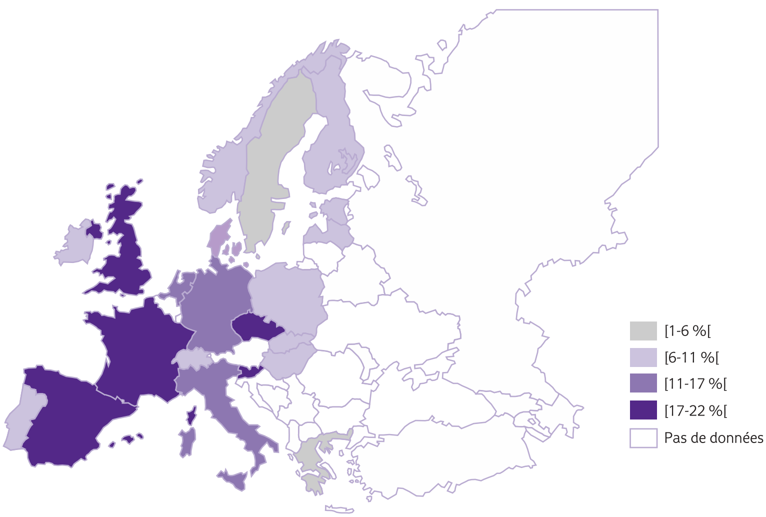
Les évolutions

Depuis le début des années 1990, dans les différents pays européens, où plusieurs enquêtes en population générale ont pu être répétées, le niveau de l'usage actuel de cannabis des jeunes adultes a augmenté de façon assez nette : c'est le cas en Allemagne, au Danemark et, dans une moindre mesure, aux Pays-Bas, en Finlande et en Suède. Dans les pays où la prévalence était plus élevée au début de la décennie, tels que le Royaume-Uni et l'Espagne, la hausse a été moins marquée. En France, il semble que la diffusion du cannabis ait atteint en 2002 un sommet inégalé en Europe avant de retrouver en 2005 le niveau de l'année 2000.

La place des jeunes Français en Europe

La position de la France en tête des pays européens pour la consommation de cannabis se retrouve pour les adolescents. L'enquête ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), menée auprès de jeunes scolarisés âgés de

Figure 14 : Usage de cannabis au cours de l'année parmi les jeunes adultes (15-34 ans) selon les pays européens (en %)



Source : Tableau « enquêtes en population générale », OEDT (selon les pays, données variant de 2000 à 2005) [http://stats06.emcdda.europa.eu/en/elements/gpstab05-en.html]

15-16 ans en 1995, puis en 1999 et en 2003 dans une trentaine de pays européens, cumule les avantages des deux approches évoquées ci-dessus : l'enquête est très similaire d'un pays à l'autre et se déroule au même moment selon la même méthode, adaptée à l'interrogation des adolescents sur un sujet sensible [143, 144].

Le cannabis continue d'être le produit illicite le plus expérimenté et le plus couramment consommé par les jeunes adolescents européens avec, toutefois, de grandes variations d'un pays à l'autre, le niveau d'expérimentation allant de 3 % en Roumanie à 44 % en République tchèque et la consommation durant les trente derniers jours de 1 % en Suède à 22 % en France. Ainsi, les adolescents français sont parmi les premiers consommateurs de cannabis au cours du mois. Ils figurent avec les Suisses, les Anglais et les Tchèques dans un groupe dont les niveaux, compris entre 16 et 22 %, devancent largement ceux des autres Européens. À l'opposé, des pays comme la Grèce, la Roumanie, ou encore la Suède, par exemple, rapportent des taux inférieurs à 5 %.

Cartographie de l'usage au cours du mois parmi les 15-16 ans

La géographie européenne de l'usage de cannabis parmi les adolescents oppose, comme pour les jeunes adultes, l'Europe occidentale à l'Europe de l'Est, les niveaux d'usage diminuant progressivement de la façade atlantique à l'Oural. Parmi les pays d'Europe centrale pour lesquels l'usage au cours du mois s'avère relativement modéré, la République tchèque occupe, là encore, une place particulière avec un niveau d'usage déclaré comparable à celui de la France.

Les évolutions

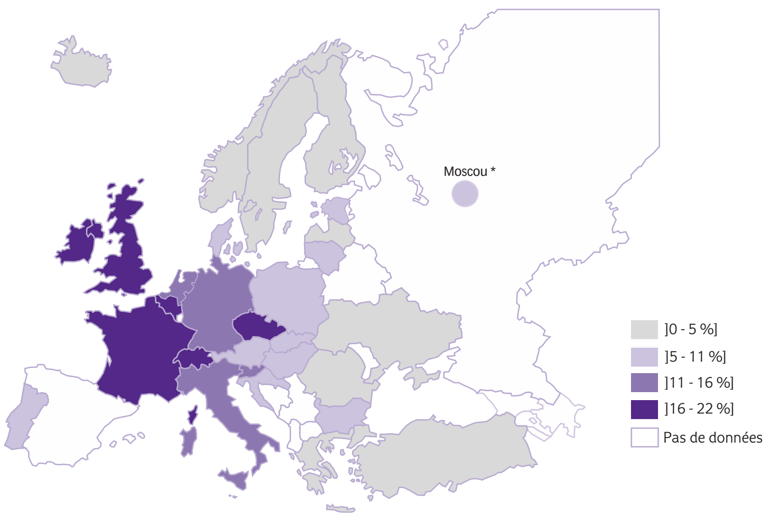
La répétition de l'enquête ESPAD, à l'identique à quatre ans d'écart, permet également de dégager des tendances montrant que le cannabis s'est diffusé massivement en Europe occidentale au cours des années 1990. Actuellement, sa consommation semble se stabiliser dans la partie occidentale de l'Europe. En revanche, les tendances à la hausse dans la plupart des pays d'Europe centrale et orientale augurent peut-être d'un développement de l'usage compte tenu des faibles niveaux observés. Entre 1999 et 2003, aucun pays ne présente de véritable diminution des niveaux d'usage de cannabis. L'expérimentation progresse dans pratiquement un tiers des pays, essentiellement des pays d'Europe centrale et orientale (Bulgarie, République tchèque, Hongrie, Pologne…), mais aussi en Irlande et au Portugal. La consommation au cours du mois se révèle stable dans l'ensemble de l'Europe, seuls trois pays présentent des augmentations significatives de l'usage récent de cannabis : la Bulgarie, la Slovaquie et le Royaume-Uni. Pour ce dernier pays, la hausse (20 % *vs* 16 % en 1999) intervient après une forte période de baisse entre 1995 et 1999 (8 points). En France, l'usage de cannabis ne baisse pas mais semble se stabiliser, suggérant qu'un palier a été atteint après une décennie durant laquelle la consommation de cannabis parmi les adolescents a progressé de manière importante, comme dans la plupart des pays d'Europe occidentale. Toutefois, à l'image du Royaume-Uni, une reprise de la diffusion parmi les plus jeunes populations reste toujours possible d'autant qu'en France, il ne s'agit pour l'instant que d'une stagna-

tion. L'exercice 2007 de l'enquête ESPAD permettra de répondre en partie à ces questions et de faire également un point sur l'évolution de l'usage dans les pays où il apparaît pour l'instant resté circonscrit à des populations particulières et minoritaires (Grèce, Roumanie, Pologne).

Si, comme en population adulte, les écarts entre les usages féminins et masculins sont généralement importants, il existe, en revanche, des pays singuliers où les *sex-ratios* sont de 1. En Irlande, fait unique en Europe, les adolescentes déclarent même des usages plus importants que ceux de leurs homologues masculins.

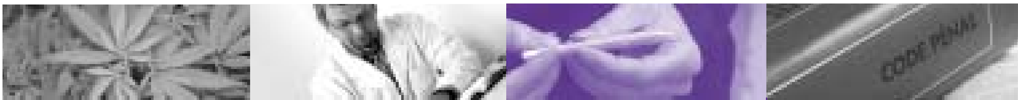
Au-delà de l'intérêt de mettre les pratiques en regard des différences culturelles, économiques et sociales, l'apport de cette confrontation tient également à la diversité des législations (voir chapitre 17) en vigueur dans les différents pays de l'Union européenne. Ainsi, parmi les pays présentant les politiques les plus répressives en matière d'usage de stupéfiants, le niveau de consommation du cannabis apparaît élevé en France alors qu'il est au plus bas en Suède ; à l'opposé, les Pays-Bas, où la vente est libre dans certaines conditions, occupent une place médiane.

Figure 15 : Usage de cannabis au cours du mois à 15-16 ans selon les pays européens, en 2003 (en %)



**Pour la Russie les données ne concernent que la ville de Moscou*
Source : ESPAD 2003, INSERM/OFDT/MJENR.

Repères méthodologiques
Baromètre santé ; ESPAD



Usages réguliers, usages problématiques de cannabis

Usages réguliers, usages problématiques de cannabis

En 2005, en France, l'estimation du nombre de consommateurs réguliers (au moins 10 fois par mois) de cannabis s'élève à 1,2 millions. Ce nombre est en augmentation. Ainsi, entre 2000 et 2005, la part des consommateurs réguliers de cannabis parmi la population française âgée de 15 à 34 ans est passée de 3,8 à 5,9 %.

La consommation régulière de cannabis, comme son usage en général, est principalement rencontrée chez les adolescents et les jeunes adultes. Elle devient plus rare après 35 ans. Elle concerne surtout les hommes, les différences entre les sexes se renforçant avec l'âge.

Chez les jeunes, l'usage régulier est plus fréquent parmi ceux en situation de relégation scolaire, mais aussi, toutes choses égales par ailleurs, un peu plus répandu parmi les jeunes des milieux favorisés. Chez les adultes, le niveau scolaire est aussi un facteur discriminant. Ceux qui possèdent un haut niveau de diplôme sont plus fréquemment expérimentateurs de cannabis, mais moins souvent usagers réguliers. D'autre part, l'inactivité et le chômage sont des facteurs très fortement liés à une fréquence plus élevée de consommation régulière. En revanche, à quelques exceptions près, les clivages selon la profession sont peu importants. De même, la répartition géographique de l'usage régulier de cannabis sur l'ensemble du territoire métropolitain ne présente pas de fortes spécificités régionales.

Les motifs de consommation de cannabis déclarés par les consommateurs réguliers sont divers et multiples : relaxation, partage, fête, habitudes, endormissement, défonce… Cette multiplicité est une traduction de la diversité des effets recherchés. Les fonctions accordées au cannabis, essentielles pour cerner les motiva-

tions des usagers, varient d'un individu à un autre et, pour une même personne, peuvent changer selon le contexte. Ce dernier influence les effets recherchés par l'usager et donc, en grande partie, les « effets obtenus ».

Les consommateurs réguliers de cannabis consomment plus de tabac et d'alcool que la population générale du même âge. Par ailleurs, ils expérimentent plus fréquemment d'autres drogues illicites : cela est à relier aux contextes d'usage du cannabis.

Les consommateurs réguliers ont une préférence marquée pour l'herbe qu'ils considèrent « plus naturelle » que la résine. Si la consommation d'herbe a nettement augmenté au cours des dix dernières années, elle n'a pas supplanté celle de résine car elle semble moins accessible. Malgré le développement d'autres modes de consommation, notamment les pipes à eau, le joint reste prédominant.

Une grande part des problèmes sanitaires et sociaux liés à la consommation de cannabis concerne les consommateurs réguliers. À 17-18 ans, la moitié des usagers réguliers sont considérés comme « problématiques » par le CAST, test statistique de repérage des « usages problématiques » de cannabis. Les principaux problèmes relevés sont : la perception de troubles de la mémoire ; un manque d'énergie ; une certaine dégradation des relations avec les proches, les amis ou la famille ; la conduite d'un véhicule après avoir consommé du cannabis. Enfin, un quart des usagers réguliers montre des signes qui pourraient suggérer une potentielle dépendance. Les conséquences sociales négatives de l'usage de cannabis sont redoublées pour des personnes déjà en difficulté sur le plan social.

4

Les usagers réguliers de cannabis, les contextes et les modalités de leurs usages

Jean-Michel Costes, Stéphane Legleye, Agnès Cadet-Taïrou

Une grande part du problème de santé publique lié à la consommation de cannabis tient à son usage régulier. En effet, même si l'on ne peut pas réduire l'apparition de problèmes ou de difficultés induites par cette consommation à son caractère régulier, il existe des liens forts entre les deux phénomènes. Aussi, il semble pertinent d'accorder une attention particulière à décrire les populations concernées par un usage régulier de cannabis, les contextes et les modalités de ces usages.

Pour cela, on dispose de quatre enquêtes récentes :

- les deux premières sont des enquêtes quantitatives représentatives de l'ensemble de la population française (âgée respectivement de 15-64 ans et 17 ans), menées régulièrement en France : le Baromètre santé [54] et ESCAPAD [53]. Le dernier exercice de ces deux enquêtes a été mené en 2005. Elles ont l'avantage de fournir des données de cadrage « représentatives » sur un phénomène qui, compte tenu de l'ampleur qu'il a prise, est maintenant descriptible par ce type d'approche,
- ces enquêtes peuvent toutefois être complétées par des études plus précises sur des populations spécifiques. Ainsi, une double investigation a été réalisée en 2004-2005 : un questionnaire approfondi passé, sur 11 sites géographiques différents, auprès de 1 700 consommateurs réguliers de cannabis âgés de 15-29 ans [64], et une enquête qualitative (70 entretiens ethnographiques) [248]. La première étude entend compléter le cadrage statistique par une description approfondie de l'usage régulier, la seconde ne vise pas la représentativité, mais la diversité des comportements dans une perspective plus compréhensive.

Une recherche exploratoire, articulant approche quantitative et entretiens ethnographiques, avait été menée dix ans auparavant et peut être utile pour cerner certaines évolutions du phénomène [152].

Les niveaux et les évolutions

En France

La consommation de cannabis est majoritairement une consommation de type « occasionnelle » rencontrée principalement chez les adolescents et les jeunes adultes, mais son usage régulier concerne néanmoins une population importante. En 2005, on estimait à 1,2 millions le nombre de consommateurs réguliers (au moins 10 fois par mois) de cannabis en France, dont 550 000 consommateurs quotidiens [54] (voir chapitre 1).

La tendance d'évolution de la consommation régulière de cannabis est orientée à la hausse. Ainsi, entre 2000 et 2005, la part des consommateurs réguliers de cannabis parmi la population française âgée de 15 à 34 ans est passée de 3,8 à 5,9 %, hausse significative [58] (voir chapitre 2).

En Europe

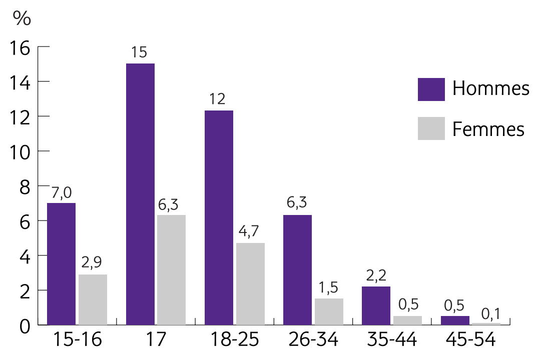
Malgré son importance croissante, la question de l'usage régulier ou intensif de cannabis est mal documentée à l'échelle européenne. Dans son dernier rapport, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies estime à 3 millions le nombre de consommateurs quotidiens de cannabis au sein de l'Union européenne. La tendance est orientée à la hausse [222].

Les caractéristiques sociodémographiques

Âge et sexe

Le sexe et surtout l'âge sont les principaux facteurs sociodémographiques discriminant de l'usage de cannabis en général et de sa consommation régulière en particulier. Celle-ci est principalement rencontrée chez les adolescents et les

Figure 16 : Usage régulier de cannabis entre 15 et 54 ans par sexe en 2003/2005 (en %)



Sources : ESPAD 2003, INSERM/OFDT/MENRT pour les 15-16 ans scolarisés ; ESCAPAD 2005, OFDT pour les 17 ans ; Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT pour les autres âges.

jeunes adultes. Elle devient plus rare après 35 ans. Elle concerne notamment les hommes, les différences entre les sexes se renforçant avec l'âge. Ainsi compte-t-on deux garçons pour une fille consommateurs réguliers (au moins 10 fois dans le mois) avant 18 ans et quatre hommes pour une femme après 25 ans (Figure 16) [53, 54, 88].

Les groupes sociaux concernés

Chez les jeunes, à 17 ans, la fréquence d'usage régulier de cannabis est fortement liée à la situation scolaire ou professionnelle. Globalement, à cet âge, les jeunes élèves de l'enseignement général (9,0 %) sont moins fréquemment consommateurs réguliers que les apprentis ou les jeunes en formation alternée (18,1 %), eux-mêmes l'étant moins que ceux sortis du système scolaire (27,0 %). L'usage régulier est donc plus fréquent parmi les jeunes en situation de relégation scolaire. Des analyses plus fines montrent que ces distinctions selon le parcours scolaire se reproduisent à l'intérieur même des catégories. Ainsi, au sein des élèves, les jeunes inscrits en filière professionnelle sont surconsommateurs. Une analyse logistique multivariée permet également de montrer qu'à l'adolescence, l'usage régulier est, toutes choses égales par ailleurs, plus fréquent parmi les jeunes des milieux favorisés, tels qu'appréhendés par les professions et les catégories sociales des parents déclarées par les répondants [59].

Chez les adultes, le niveau scolaire est un facteur discriminant. Ceux qui possèdent un haut niveau de diplôme sont plus fréquemment expérimentateurs de cannabis, mais moins souvent usagers réguliers : les personnes titulaires d'un diplôme supérieur (bac + 5) sont deux fois moins consommatrices régulières de cannabis que celles qui se sont arrêtées au bac.

Au sein de la population active, la consommation régulière de cannabis, comme plus généralement son expérimentation ou son usage occasionnel, est rencontrée pour toutes les professions (voir chapitre 1). Les différences de niveau de consommation selon le type d'emplois sont assez faibles, sauf en ce qui concerne les professions des arts et spectacles caractérisées par une surconsommation. Par ailleurs, l'inactivité et le chômage sont des facteurs très fortement liés à une fréquence plus élevée de consommation régulière [58].

Géographie

Dans son ensemble, malgré quelques spécificités régionales, l'usage régulier de cannabis apparaît assez uniformément diffusé sur l'ensemble du territoire métropolitain. À 17 ans, en 2005, il est significativement plus rare dans six régions (la Picardie, la Champagne-Ardennes, le Limousin, la Corse et les Pays de la Loire) et plus répandu dans quatre régions seulement (la Bretagne, la Bourgogne, le Languedoc-Roussillon et la région PACA) (Figure 17). Toutefois, ces différences régionales restent modérées [50].

Motivations et perceptions

Les effets recherchés et ressentis

Les motifs de consommation de cannabis, déclarés par les consommateurs réguliers, sont divers et multiples : se relaxer, partager, faire la fête, par habi-

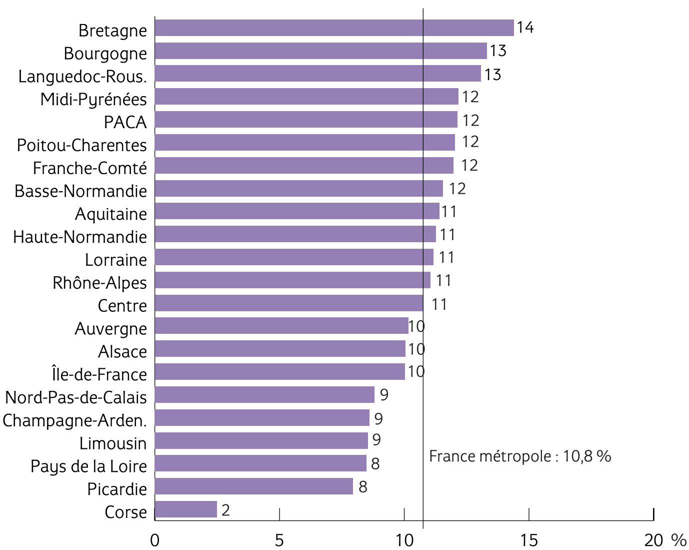
tude, pour dormir, se défoncer… Cette multiplicité est une traduction de la diversité des effets recherchés (Figure 18) [67].

Le moment et le contexte de la consommation varieront selon la raison de la consommation. Tout comme l'alcool qui peut être consommé lors d'un moment festif, ou lors de souffrance psychique, les usages de cannabis peuvent être liés à des contextes festifs mais aussi à une habitude de consommer ou encore à la recherche d'un soulagement d'une tension interne. Les fonctions accordées au cannabis, essentielles pour cerner les motivations des usagers, varient d'un individu à un autre et, pour une même personne, peuvent changer selon le contexte. Ce dernier influence les effets recherchés par l'usager et donc, en grande partie, les « effets obtenus ». Ainsi, le cannabis peut être consommé le matin pour se motiver au travail, à midi pour se détendre à la pause, le soir durant un moment convivial avec des amis ou encore avant de se coucher pour s'endormir. Derrière ces fonctions d'apparence contradictoire, il y a un effet commun d'amplification ou de renforcement d'un état d'esprit préexistant [248].

Perceptions de la dangerosité des substances psychoactives

Une majorité de consommateurs réguliers de cannabis considère que l'héroïne, la cocaïne, l'ecstasy et les champignons hallucinogènes sont dangereux dès la première consommation ou en cas de consommation épisodique (voir chapitre 19). Le tabac, l'alcool et le cannabis ne sont considérés

Figure 17 : Usage régulier de cannabis à 17 ans en France métropolitaine, par région en 2005



Source : ESCAPAD 2005, exploitation régionale OFDT.

comme dangereux par une majorité que lorsqu'il s'agit d'un usage quotidien ou pluri-quotidien. Près d'un quart d'entre eux pense même que la consommation de cannabis n'est jamais dangereuse (voir chapitre 19) [67, 248].

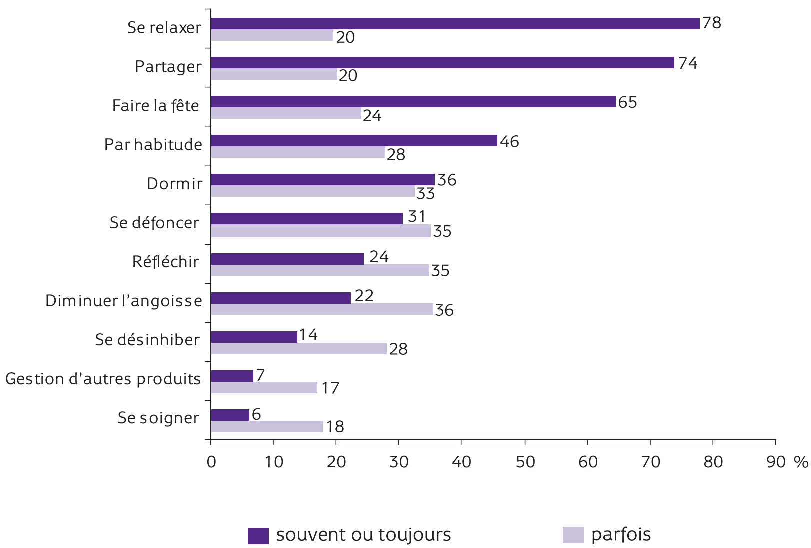
Pour beaucoup d'usagers, l'herbe bénéficie d'une meilleure image que la résine. Elle est considérée comme un produit naturel, non transformé en opposition à la résine supposée être fréquemment coupée par des produits psychoactifs ou par des matériaux divers (graisse de mouton, résidus de pneus). (Voir encadré « autoculture » dans chapitre 7). Malgré cette préférence, les consommations de résine restent majoritaires en raison de la moindre accessibilité de l'herbe [248].

Les moments, les fréquences, les quantités consommées

L'intensité et la fréquence des consommations de cannabis

L'intensité de la consommation peut être approchée par le nombre de joints fumés lors de la dernière occasion. Près de la moitié (44 %) des consommateurs réguliers de cannabis de 18 ans ou plus ont « fumé la dernière fois » trois joints ou plus [58]. À 17 ans, les usagers réguliers, mais non quotidiens, de cannabis sont relativement deux fois moins nombreux que les quotidiens à avoir consommé 5 joints ou plus la dernière fois (Figure 19) [53].

Figure 18 : Motifs de consommation parmi les consommateurs réguliers de cannabis de 15-29 ans en 2004 (en %)



Source : Enquête « Consommateurs réguliers de cannabis » 2004, OFDT.

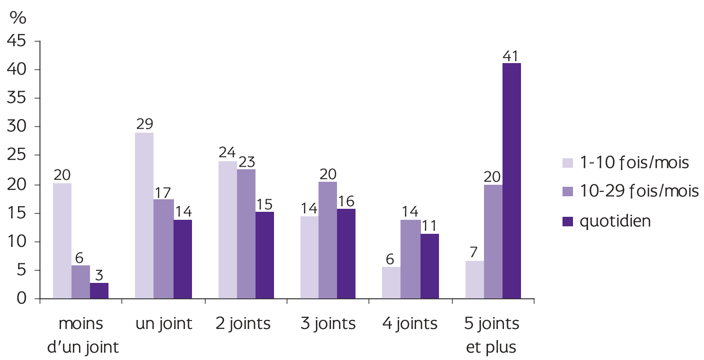
Le calendrier des consommations

En semaine (du lundi matin au vendredi après-midi), les consommateurs réguliers mais non quotidiens âgés de 15 à 29 ans, fument en majorité 1 à 2 joints par jour les jours où ils consomment [58, 64]. Il pourrait s'agir alors d'une consommation de fin de journée permettant de faire une transition entre le temps de travail ou d'études et le temps privé. Les fumeurs quotidiens consomment plus : 36 % fument 3 ou 4 joints et 36 % 5 ou plus [58, 67].

La fin de la semaine (du vendredi soir au dimanche soir) est marquée par une augmentation du nombre de joints consommés par rapport aux jours de semaine. Le temps libre et les moments festifs offrent de nouvelles opportunités. L'intensité de cette consommation reste liée à sa fréquence : les personnes consommant 1 à 4 jours par semaine fument en majorité entre 3 et 9 joints au cours du week-end alors que près de la moitié des personnes consommant tous les jours fume fréquemment 10 joints et plus au cours du week-end [67], la consommation étant surtout concentrée le samedi [58, 67].

Dans la journée, la période de prédilection pour la consommation est la soirée. Néanmoins, on observe une très grande diversité des moments de consommation qui sont eux-mêmes très liés à la diversité des fonctions accordées au cannabis (voir ci-après). Par exemple, les sessions de consommation nocturnes se déroulent soit dans le cadre de soirées intimes, soit dans celui de soirées festives. Dans les deux cas, ce sont les fonctions de détente et de convivialité qui sont recherchées [248].

Figure 19 : Usage de cannabis suivant le nombre de joints et la fréquence de consommation, à 17 ans, en 2005 (en %)



Source : ESCAPAD 2005, OFDT.

Les usages et leurs contextes

Les produits consommés

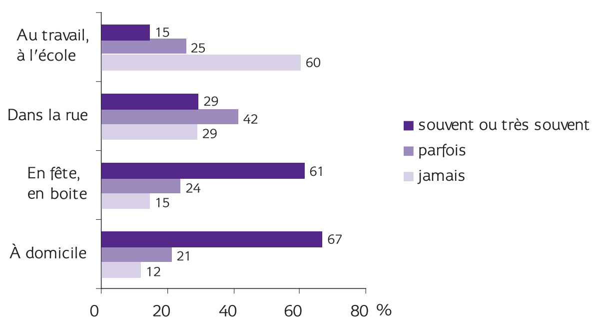
Au cours du mois écoulé, parmi les consommateurs réguliers de cannabis, près de 9 sur 10 ont consommé à la fois de l'herbe et de la résine de cannabis, la consommation d'huile de cannabis restant assez rare [67]. L'usage d'herbe était bien moins répandu dix ans auparavant [152]. Néanmoins, la plus grande part des volumes consommés l'est sous forme de résine en raison d'une plus grande accessibilité de celle-ci. De nombreux consommateurs réguliers préféreraient fumer de l'herbe mais se résignent à consommer de la résine [248].

Les contextes de consommation

À 17 ans, les consommations des usagers réguliers sont le plus souvent collectives, et prennent place dans un domicile privé (chez le répondant, ses parents ou des amis du répondant) autant que dans des lieux publics ouverts. L'école ou le lieu de travail sont également des lieux de consommation pour un tiers des usagers [53].

De manière concordante, chez les consommateurs réguliers âgés de 15 à 29 ans, les lieux dominants de consommation de cannabis sont l'espace privé (domicile) et l'espace festif (lors de fêtes, en boîte) (Figure 20). Le domicile est un lieu plus utilisé par les plus âgés (96 % des plus de 25 ans *versus* 75 % des 15-19 ans). Les moments festifs sont propices à la consommation de cannabis, ceci un peu plus fréquemment chez les plus jeunes (89 % des 15-19 ans *versus* 81 % des plus de 25 ans). La consommation dans la rue concerne une majorité mais est essentiellement épisodique. Elle est plus fréquente chez les plus jeunes (86 % des 15-19 ans *versus* 63 % des plus de 25 ans). La consommation pendant le temps de

Figure 20 : Lieux des consommations de cannabis au cours du mois écoulé chez des consommateurs réguliers de cannabis âgés de 15 à 29 ans en France, en 2004 (en %)



Source : Enquête « Consommateurs réguliers de cannabis » 2004, OFDT.

travail ou d'études est minoritaire et épisodique [67, 248].

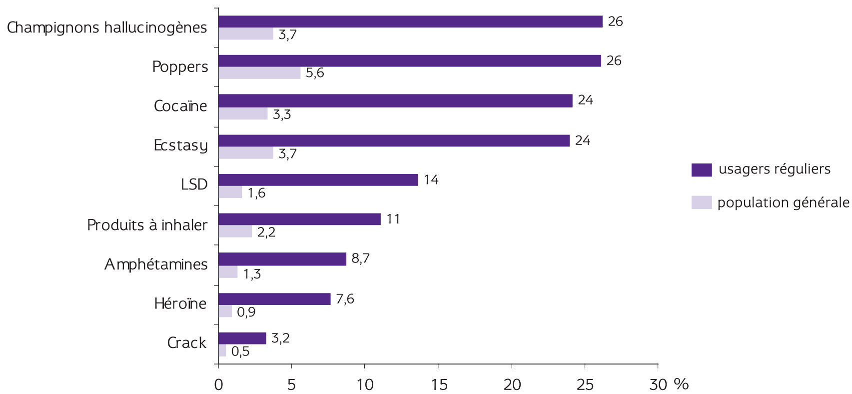
Les modalités de préparation et de consommation

Les consommateurs réguliers de cannabis le fument presque tous sous forme de joint, avec du tabac. Certains modes de consommation apparaissent marginaux ou épisodiques tels que les consommations par voie orale (mangé ou bu) ou à l'aide d'une pipe sèche. Le recours à une pipe à eau, souvent dénommée « bang » (voir glossaire), semble s'être développé au cours des dernières années. Elle est utilisée par près d'un tiers des consommateurs réguliers de cannabis. Il s'agit d'une pratique dont la fréquence est plus importante chez les plus jeunes et qui correspond à une période particulière dans les trajectoires de consommation. En effet, les effets recherchés et engendrés par ce mode de consommation apparaissent sensiblement différents de ceux du joint. Il s'agit d'effets puissants et violents qui peuvent entraîner une perte de contact avec la réalité. Une grande part des utilisateurs de ce mode de consommation s'en écarte en avançant dans leur parcours d'usagers.

Les consommations associées

Les usagers réguliers de cannabis consomment plus de tabac et d'alcool que la population générale du même âge ; c'est particulièrement vrai pour le tabac, ce qui n'est pas surprenant vu la combinaison fréquente des deux substances dans les modalités d'usage du cannabis. Ainsi, parmi les consommateurs réguliers de cannabis âgés de 15 à 29 ans, 8 sur 10 fument du tabac en dehors de leur consommation de cannabis, les deux tiers étant fumeurs quotidiens. L'alcool est parfois consommé de manière concomitante avec le cannabis pour renforcer ou modifier l'effet de ce dernier [67].

Figure 21 : Expérimentation d'autres drogues illicites parmi les usagers réguliers de cannabis âgés de 15-34 ans et pour l'ensemble de la population du même âge en 2005 (en %)



Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

Par ailleurs, les usagers réguliers de cannabis expérimentent plus fréquemment d'autres drogues illicites : les prévalences d'expérimentation sont, selon les produits, entre 5 à 8 fois plus fortes chez eux qu'en population générale du même âge (Figure 21). Ce fait peut être lié aux contextes d'usage du cannabis offrant des opportunités d'expérimenter d'autres produits [58].

La consommation actuelle (au moins 1 fois dans l'année) et récente (au moins 1 fois par mois) d'autres drogues illicites est aussi plus fréquente qu'en population générale. C'est le cas notamment des stimulants : cocaïne, ecstasy, amphétamines [67].

Les conséquences observées de l'usage

État de santé et usage de cannabis

Le Baromètre santé 2005 permet de comparer les profils de santé de Duke[7] des usagers de cannabis en population générale suivant leur fréquence d'usage dans des analyses multivariées, tandis que l'enquête auprès des consommateurs réguliers de cannabis a permis d'opérer de même sur cette population spécifique. Les résultats de ces analyses concordent globalement, montrant que les scores de santé des usagers réguliers sont inférieurs à ceux de la population générale ou non-consommatrice [58, 67, 190]. L'analyse multivariée permet toutefois de montrer que la relation entre fréquence d'usage et dégradation des scores de santé n'est pas mécanique, les usagers occasionnels et les abstinents présentant aussi quelques scores spécifiques aussi faibles que les usagers réguliers ou quotidiens.

Difficultés rencontrées

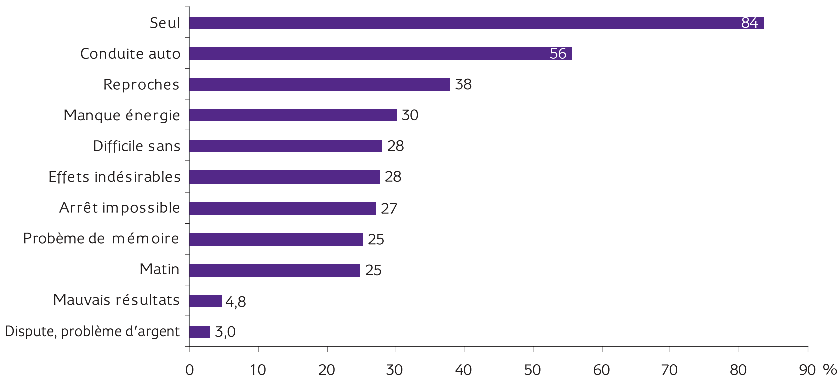
Les différentes enquêtes abordent la question des éventuels dommages liés au cannabis à travers la perception que peuvent en avoir les usagers. Les « comportements problématiques » ou les « problèmes déclarés » surviennent plus souvent quand la fréquence de la consommation s'accroît.

Les contextes de consommation « problématiques » (en consommer seul ou avant midi) sont souvent rencontrés parmi les usagers réguliers. La conduite d'un véhicule après avoir consommé du cannabis est aussi fréquemment observée ; un tiers des consommateurs réguliers déclare prendre souvent le volant après un épisode de consommation. Parmi les problèmes psychiques associés au cannabis, les plus souvent mentionnés sont la perception de troubles de la mémoire et un manque d'énergie. Une certaine dégradation des relations avec ses proches, les amis ou la famille est aussi relevée. Enfin, un quart des usagers réguliers montre des signes qui pourraient suggérer une potentielle dépendance (Figure 22) [58, 67].

7. Le score de Duke permet d'évaluer la qualité de vie ressentie selon différentes dimensions (mentale, physique, sociale et générale). Pour de plus amples informations, voir [131].

Une étude qualitative menée au milieu des années 1990 a mis en évidence les conséquences sociales négatives de l'usage de cannabis pour des personnes déjà en difficulté sur le plan social (absence de statut social ou de situation professionnelle, déscolarisation). Les difficultés rencontrées renforceraient la progression vers un usage plus intensif (« usage dur ») lui-même générateur de nouvelles difficultés sociales [35].

Figure 22 : Comportements et difficultés rencontrées parmi les consommateurs réguliers de cannabis de 17 ans en 2005 (en %)



Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

Les usagers réguliers de cannabis, les contextes et les modalités de leurs usages

Repères méthodologiques

Baromètre santé ; Enquête « Consommateurs réguliers de cannabis » ; Enquête qualitative auprès des usagers réguliers de cannabis ; ESCAPAD

5

Le repérage des consommations problématiques

Stéphane Legleye, François Beck

La plupart des pays européens ont amélioré leurs moyens de mesure et de surveillance des usages de drogues, faisant dès lors émerger le besoin de distinguer les différents types d'usage afin d'adapter les mesures de santé publique. De nombreuses difficultés conceptuelles et pratiques, dont le statut légal du cannabis, rendent délicate la définition d'un seuil de consommation au-delà duquel il est légitime de considérer celle-ci comme problématique. Mais la demande croissante de soins et de prises en charge médicales de la part d'usagers de cannabis ne cesse de souligner l'importance de la question [202]. Ce chapitre expose brièvement les travaux et l'approche européenne et française en cours depuis quelques années, avant de présenter le test utilisé en population générale adolescente en France.

Contexte de la recherche en France et en Europe

À l'instar de ce qui est fait dans les principaux pays européens, les enquêtes en population générale ou scolaire menées auprès des jeunes depuis quelques années en France ne contiennent pas de données concernant la dépendance, l'usage nocif (selon la typologie retenue dans la CIM-10[8]) ou l'abus (selon les critères du DSM-IV[9]) de ces substances, qui peuvent être considérés comme des usages immédiatement ou rapidement dommageables pour l'individu. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) propose depuis quelques années la notion d'usage « problématique » de drogues, à savoir « l'usage par injection ou usage de longue durée ou régulier d'opiacés, de cocaïne et/ou amphétamines », devenu

8. *Classification internationale des maladies.*

9. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4e édition.*

un des cinq indicateurs clefs adoptés pour l'Union européenne [220]. L'OEDT recherche actuellement à étendre cette notion au cannabis, en s'appuyant notamment sur des travaux de validation épidémiologique et clinique engagés en France [160] et à l'étranger [29, 187] ainsi que sur un travail de recension des expériences internationales sur cette question [55, 60]. Les interrogations sont nombreuses : faut-il se restreindre aux dommages de santé physique ou mentale, ou bien encore aux problèmes d'ordre social ou familial rencontrés par l'usager, ou bien faut-il inclure les problèmes causés par l'individu à la société ? La dépendance est-elle un problème en soi ? Les concepts et les critères du DSM ou de la CIM (abus, usage nocif et dépendance) sont une première approche mais leur universalité et leur pérennité sont aujourd'hui clairement mises en cause dans les discussions engagées autour de la mise au point de la version 5 du DSM. Au final, retenir des critères valables dans une majorité de pays, de cultures et de pratiques de consommations, pour concevoir un outil simple et court facilement administrable dans des enquêtes en population générale reste délicat [260, 278].

Le repérage n'est pas une fin en soi : il peut soit être mené dans des enquêtes de grande échelle afin d'obtenir une mesure valable sur l'ensemble de la population et alimenter des recherches sociologiques ou épidémiologiques, soit servir à un premier criblage systématique lors des consultations de médecine générale précédant des entretiens plus approfondis. En cela, il doit être articulé à un projet de recherche ou à une prise en charge et à un retour d'information en direction du patient. Dans l'attente de l'élaboration d'une définition européenne, l'OFDT retient la définition suivante de l'usage problématique : usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui.

L'expérience française

En France, les premières explorations concernant l'usage problématique de cannabis en population générale ont été menées au début des années 2000, montrant que des contextes *a priori* non festifs comme le fait de fumer seul ou avant midi semblent trop peu spécifiques : ils peuvent couvrir des situations où l'usage de cannabis est maîtrisé et n'apparaît pas associé à un quelconque mal-être ou à des difficultés [44]. En 2001, une autre analyse a permis de démontrer que si la santé mentale des usagers réguliers de cannabis apparaît moins bonne que celle des autres individus enquêtés, le lien tend à disparaître lorsqu'on observe simultanément d'autres variables liées au mode de vie (contexte familial, intensité de la sociabilité, violences subies…) ou encore les usages d'alcool ou de tabac [238].

La plupart des tests existant dans la littérature s'avèrent relativement longs, complexes, ou visent essentiellement à repérer des usages rares, très intensifs et dommageables pour l'individu à partir des critères utilisés dans le DSM ou la CIM pour les opiacés ou l'alcool [55]. C'est pourquoi a été développé le questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test) en 2002 à partir de la littérature existante [250]. Il n'existe pas en effet d'instruments validés en langue française spécifiques au cannabis, à l'exception du questionnaire québécois DEPADO [69]

qui traite simultanément de toutes les substances illicites et du MINI [178, 269] qui repère la dépendance ou l'abus à partir des critères du DSM ou du CUDIT, dérivé d'un test de repérage des consommations abusives d'alcool [29] utilisé en Suisse.

Le CAST a été testé et validé dans une enquête en 2003 auprès de 1 728 élèves et étudiants (enquête ADOTECNO, Adolescents, techniques d'évaluation des consommations nocives), par rapport au questionnaire POSIT (Problem oriented screening interview for teenagers), développé aux États-Unis par le NIDA (National Institute for Drug Abuse) [181]. Le POSIT explore 10 dimensions de la santé physique, sociale et psychologique du répondant dont l'abus de substances psychoactives [164, 245]. Une autre validation, en regard du test MINI, aura lieu prochainement auprès de 700 élèves de lycée âgés de 15 à 16 ans.

Le test CAST décrit quelques éléments clefs liés à l'usage de cannabis, qu'ils soient d'ordre comportemental – (les usages *a priori* non festifs comme les usages solitaires et matinaux), mental (les problèmes de mémoire), social (les reproches de l'entourage) – ou encore qu'ils soient un signe de dépendance (la difficulté ou l'échec dans la volonté de réduire l'usage).

Les questions sont les suivantes :

Au cours des 12 derniers mois :

Une seule croix par ligne	***Jamais***	***Rarement***	***De temps en temps***	***Assez souvent***	***Très souvent***
Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école…) ? Lesquels : /………………………………/	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

Validation et utilisation du CAST

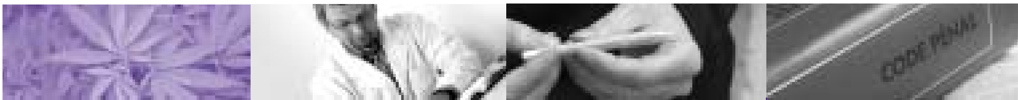
L'enquête ADOTECNO a permis d'établir que le CAST possède de bonnes caractéristiques psychométriques [181]. En pratique, le score est calculé de la façon suivante : les deux premières questions cotent 1 à partir de la réponse « de temps en temps », 0 sinon ; les quatre suivantes cotent 1 dès la modalité « rarement ». Il varie de 0 à 6. Un score supérieur ou égal à 4 suggère fortement un usage problématique. Par rapport au facteur A du POSIT qui repère les abus de produits psychoactifs au sens du DSM IV, le CAST ainsi étalonné présente une sensibilité de 93 % (il repère ainsi correctement comme personnes à risques 93 % des usagers abusifs au sens du POSIT) et une spécificité de 81 % (il repère correctement comme personnes non à risques 81 % des individus qui ne sont pas consommateurs abusifs au sens du POSIT) ; autrement dit, il classe correctement 74 % des individus par rapport au POSIT pris comme référence. Sa qualité réside dans sa brièveté et la très grande facilité qu'il y a à y répondre.

Dans l'enquête ESCAPAD 2003, au sein de l'ensemble de la population des 17-18 ans, les proportions de réponses positives ainsi définies aux six items sont les suivantes : 18,2 % et 13,6 % pour la consommation le matin et seul (au moins de temps en temps), 16,5 % pour les problèmes de mémoire, 11,2 % pour les reproches de l'entourage, 7,9 % pour les tentatives infructueuses d'arrêt ou de diminution de la consommation, et enfin 11,6 % pour la survenue d'un problème (il s'agit principalement de disputes avec les amis, ou des mauvaises notes à l'école).

Finalement, la proportion de jeunes de 17-18 ans ainsi repérés comme usagers problématiques atteint 8,9 %, ce qui représente 53 % des usagers réguliers, c'est-à-dire des usagers ayant déclaré avoir fumé au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours. Ce point souligne clairement que le simple recueil de la fréquence de consommation n'assure pas à lui seul une mesure correcte des problèmes liés à l'usage.

Le CAST n'est pas conçu pour être un test diagnostic, mais un outil de repérage en population générale. Il permet un tri grossier des individus ayant de fortes chances de rencontrer des problèmes à cause de leur consommation de cannabis. Il est destiné à un public jeune, adolescent ou jeune adulte ; il a été proposé comme module optionnel dans l'enquête en milieu scolaire ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drug), réalisée en 2007 dans plus de trente pays d'Europe. Bien qu'il ne soit pas encore validé pour la clinique, il est le principal test utilisé dans les consultations cannabis à destination des jeunes ouvertes depuis l'année 2005 [214].

Repères méthodologiques
ESCAPAD, ADOTECNO



Le marché du cannabis en France

Le marché du cannabis en France

L'essentiel de la résine de cannabis consommée en France provient du Maroc. L'herbe est importée en grande partie du nord de l'Europe (Belgique et Pays-Bas) et, dans une moindre mesure, d'Afrique subsaharienne. En 2005, 83 tonnes de résine et 3 tonnes d'herbe ont été interceptées sur le territoire français, chiffres qui placent la France au deuxième rang de l'Union européenne en termes de saisies derrière l'Espagne.

Depuis plusieurs années, le cannabis, quelle que soit la variété, est le premier produit stupéfiant objet de trafic. Il est ainsi en cause dans plus de la moitié des interpellations pour trafic de stupéfiants loin devant l'héroïne, et représente près de neuf saisies sur dix.

Mesurée à l'aune de son usage dans la population, la disponibilité du cannabis apparaît élevée. En 2005, 31 % des 15-64 ans indiquent avoir déjà consommé du cannabis et plus de 43 % de la même tranche d'âge déclarent s'en être déjà vu proposer au cours de leur vie. Une part non négligeable (23 %) des personnes n'en ayant jamais consommé de leur vie déclare ainsi s'en être déjà vu proposer. Par ailleurs, le cannabis est d'après les Français très accessible puisque près de 60 % des 15 à 64 ans estiment que dans l'hypothèse où ils voudraient en consommer l'obtention du produit serait « facile ». Ce constat n'exclut cependant pas l'existence de difficultés d'accès susceptibles d'être provoquées par des pénuries ponctuelles et localisées consécutives le plus souvent à des démantèlements de réseaux de trafiquants locaux. Cependant, ces difficultés n'altèrent pas le dynamisme global du marché.

Les modalités d'acquisition du cannabis reposent essentiellement sur le don, l'achat et l'autoculture. Interrogés sur leur mode d'approvisionnement, près de six usagers de 15 à 64 ans sur dix répondent qu'ils béné-

ficient ordinairement de dons, un peu plus d'un tiers déclare recourir à l'achat auprès de proches ou de dealers tandis que 5 % disent pratiquer l'autoculture. Cette dernière semble se développer depuis quelques années et concernerait environ 200 000 personnes en France.

Le prix moyen d'un gramme de résine de cannabis en métropole se situe aujourd'hui autour de quatre euros environ. En dix ans, il a baissé de près de 30 %. Celui du gramme d'herbe s'élève à un peu plus de cinq euros soit un prix divisé par deux en dix ans. Le développement de l'autoculture, en accroissant fortement l'offre, contribue à ce phénomène.

Le chiffre d'affaires annuel issu de la vente de cannabis en France est estimé, à partir de données d'enquêtes déclaratives réalisées auprès de consommateurs, à 832 millions d'euros. La plus importante part des dépenses est attribuable aux personnes situées dans la tranche d'âge des 15-24 ans. Ce chiffre apparaît relativement modeste au regard des sommes engendrées par la vente de produits psychoactifs licites comme l'alcool (14,2 milliards d'euros TTC en 2004) et le tabac (13,7 milliards d'euros TTC et 2,9 milliards d'euros HT).

L'ensemble des dosages effectués par les services répressifs pour mesurer la teneur en produit actif (THC) du cannabis saisi entre 2000 et 2005 montre que les teneurs moyennes annuelles fluctuent autour de la valeur moyenne de 9 % pour les résines et de 7 % pour les herbes. S'agissant des produits collectés en 2005 auprès d'usagers réguliers dans le cadre d'enquêtes *ad hoc*, les teneurs mises en évidence pour la moitié des résines oscillent entre 7 et 12 % et pour la moitié des herbes entre 6 et 14 %. Ces données s'inscrivent dans les moyennes observées dans les autres pays de l'Union européenne.

6

Provenance et filières de trafic

Michel Gandilhon, Abdalla Toufik, Hélène Martineau

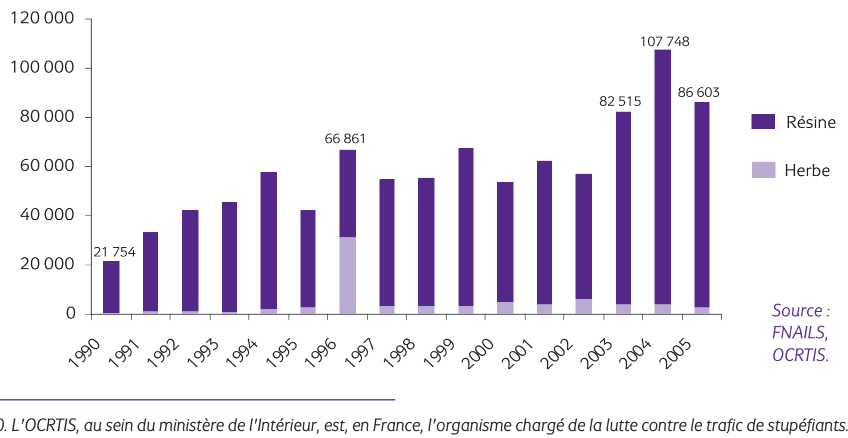
Les sources d'information sur les filières du trafic de cannabis en France sont peu nombreuses. Elles reposent essentiellement sur les données collectées par l'OCRTIS (Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants[10]) et les rapports de l'Office contre la drogue et le crime des Nations unies. Ces sources sont essentiellement de nature quantitative.

L'origine du cannabis destiné au marché français et européen

Les saisies de cannabis en France

L'année 2005, avec près de 87 tonnes de cannabis interceptées, apparaît en retrait par rapport à 2004, qui avait constitué une année record avec 108 tonnes

Figure 23 : Saisies de cannabis (herbe et résine) en France de 1990 à 2005 (en kg)



Source : FNAILS, OCRTIS.

10. L'OCRTIS, au sein du ministère de l'Intérieur, est, en France, l'organisme chargé de la lutte contre le trafic de stupéfiants. Chaque année, il produit un rapport qui présente un état de l'usage et du trafic illicites de produits stupéfiants, tel qu'il apparaît au regard des interpellations et des saisies effectuées par l'ensemble des services de police, de douane et de la gendarmerie nationale (repères méthodologiques : FNAILS).

de cannabis saisies [217]. Toutefois, le niveau reste élevé par rapport aux années précédentes (Figure 23).

En termes de saisies, la France se classe au deuxième rang de l'Union européenne mais demeure loin derrière l'Espagne qui, avec 669 tonnes en 2005, se situe même au premier rang mondial pour les saisies de cannabis [217].

En France, la résine est largement majoritaire dans les saisies de cannabis. L'OCRTIS explique la forte baisse des quantités interceptées en 2005 (83,5 tonnes, soit 20 % de moins qu'en 2004) par une diversification des modes de transport et des routes de trafic (voir ci-après) [217]. Plus de 8 affaires sur 10 portent sur des quantités inférieures à 20 g. La baisse des quantités saisies pourrait également s'expliquer par la forte diminution des rendements des cultures de cannabis consécutive à la sécheresse et les succès enregistrés par les autorités marocaines dans la campagne d'éradication [172].

Trois tonnes d'herbe de cannabis ont été retrouvées en 2005 par les forces de l'ordre ; c'est légèrement moins qu'en 2004 ou 2003 (près de 4 tonnes avaient alors été saisies chaque année) et c'est deux fois moins qu'en 2002. En 1996, l'OCRTIS avait enregistré un niveau exceptionnel de plus de 30 tonnes d'herbe saisie, dont 20,6 en une seule fois au Havre, dans une cargaison provenant des Pays-Bas [216].

En comparaison, les saisies d'huile (1,8 kg en 2005, en 15 opérations) ou de graines (13,6 kg en 232 opérations) sont très rares. De plus en plus de saisies de pieds de cannabis sont effectuées : 1 141 en 2005 pour un total de 54,3 kg (voir l'encadré sur l'autoculture dans le chapitre 7) [217].

L'herbe provient essentiellement du nord de l'Europe

En France, l'approvisionnement du marché en herbe de cannabis est segmenté géographiquement avec la métropole d'un côté et les départements d'outre-mer situés dans les Caraïbes de l'autre.

Les deux sources d'approvisionnement principales de la France métropolitaine en herbe de cannabis, outre la production autochtone, sont les Pays-Bas et la Belgique. En 2005, près de la moitié de la quantité totale d'herbe saisie, dont la provenance a pu être identifiée, vient de ces deux pays.

Figure 24 : Saisies de résine de cannabis en Europe de 2002 à 2005 (en tonnes)

	2002	2003	2004	2005
Espagne	564	668	794	670
France	50	78	103	83
Royaume-Uni	22	50	50	NR
Portugal	7	32	28	26
Italie	29	25	16	23
Pays-Bas	11	33	11	NR
Allemagne	5	9	5	4

Source : FNAILS, OCRTIS pour la France ; données européennes publiées dans [2].

La deuxième grande source de l'herbe saisie en France est représentée par les États producteurs de l'aire caribéenne avec notamment Saint-Vincent, Sainte-Lucie et le Surinam. En 2005, un peu moins de 20 % des saisies proviennent de cette zone et alimentent les marchés guyanais, martiniquais et guadeloupéen. En 2005, la Martinique à elle seule représente près de 23 % des saisies d'herbe effectuées en France [217]. Depuis quelques années, il semble que l'Afrique subsaharienne s'affirme de plus en plus comme un lieu de provenance non négligeable de l'herbe de cannabis saisie avec notamment la République démocratique du Congo (ex-Zaïre) [172].

La résine provient essentiellement du Maroc

Sur les 83,5 tonnes de résine saisies en France en 2005, 10,5 proviennent directement du Maroc et 61 de l'Espagne [217] et donc indirectement du Maroc, car la situation géographique de la péninsule ibérique en fait un lieu de passage privilégié de la production marocaine.

En 2005, au Maroc, la récolte de cannabis brut est estimée par l'Office contre la drogue et le crime de l'Organisation des Nations unies (ONU) [228] à près de 53 300 tonnes, qui, une fois transformées, correspondent à 1 066 tonnes de résine[11]. Cette estimation de la production de résine est à prendre néanmoins avec prudence et paraît sous-estimée.

À lui seul, le Maroc concentre près du tiers de la production mondiale de cette substance et 80 % de la résine fumée en Europe provient du royaume chérifien[12]. L'ONU évalue la valeur marchande de la production marocaine du cannabis entre l'achat initial au producteur et la revente au détail au consommateur final, à près de cinq milliards d'euros en 2005[13]. Au cours de ce processus le kilo de résine passe de 300 ou 400 € à 1 500 ou 2 000 €.

Comment le haschisch sort-il du Maroc ?

Les portes de sortie de la résine sont en premier lieu les grands ports du Maroc, notamment Agadir et Casablanca sur la côte atlantique ; Tanger et Nador sur la façade méditerranéenne. Les voies de sortie du haschisch sont nombreuses. Elles vont du navire de commerce porte-conteneurs au canot pneumatique, en passant par le voilier ou le hors-bord. En général, les navires de commerce transportant du cannabis desservent la France par la voie atlantique via les ports de Bordeaux, Nantes et surtout le Havre. La voie méditerranéenne est moins fréquentée en ce qui concerne le passage direct vers la France. Si le port de Marseille est une porte d'entrée non négligeable de la résine de

11. À partir du cannabis brut, les exploitants produisent la poudre de cannabis (chira). Celle-ci est ensuite pressée et chauffée pour former, sans perte de poids, la résine (haschisch). Á partir de 100 kg de cannabis brut, les agriculteurs arrivent à extraire en moyenne 2,82 kg de résine.

12. La région du nord du Maroc, où se concentre la culture du cannabis, couvre environ 20 000 km², ce qui représente 2,7 % de la superficie totale du royaume, et 6 % de la population du Maroc. Á cheval sur cinq provinces, elle est traversée d'est en ouest par la chaîne montagneuse du Rif.

13. Sur ces cinq milliards, 325 millions d'euros reviennent aux producteurs directs, ce qui représente 0,8 % du PIB marocain.

cannabis sur le territoire français, celle-ci provient d'Alger après avoir été transportée du Maroc en Algérie par voie terrestre. En revanche, la voie méditerranéenne est très fréquentée pour alimenter l'Espagne via les ports d'Almeria, Valence et Barcelone. Une fois importé sur le sol européen, le haschisch est acheminé par voie routière vers les lieux où il fera l'objet d'une revente au détail. Là aussi les modalités peuvent être nombreuses : voiture, camions ou trains. Toutefois, l'écrasante majorité des saisies est réalisée lors d'interventions portant sur des poids lourds. Sur les 83 tonnes saisies en France en 2005, près de 57 l'ont été à bord de camions pour un poids moyen par véhicule d'une tonne et demie [217].

Depuis une dizaine d'années, une nouvelle technique a fait son apparition, celle dite du « *go fast* ». Elle consiste à former un convoi de trois ou cinq véhicules très puissants du type « berline », à bord desquels la marchandise est stockée par paquets dont le poids peut s'échelonner de 500 à 800 kg. Après un bref séjour en Espagne, qui leur ont permis de s'approvisionner en résine auprès de demi-grossistes, les trafiquants remontent vers le territoire français au cours de voyages se déroulant de préférence la nuit. D'après les services de police, cette technique constituerait la principale source d'approvisionnement des zones périurbaines et une composante essentielle de l'économie souterraine[14]. Cette technique s'est récemment étendue au transport de la cocaïne.

En 2005, près de cinq tonnes de résine de cannabis destinées au marché français relevant du trafic par « *go fast* » ont été saisies par les forces de police française et espagnole [217].

Les caractéristiques des réseaux locaux de trafic

Depuis plusieurs années, le cannabis, toutes variétés confondues, est le premier produit stupéfiant objet de trafic. Il est ainsi en cause dans plus de la moitié des interpellations pour trafic de stupéfiants (loin devant l'héroïne) [217]. Ces affaires contribuent au démantèlement de réseaux qui dépassent largement le cadre de la France.

La plupart des interpellations pour trafic de cannabis concernent des affaires d'usage-revente et de trafic local. Ainsi, en 2005, 67 % des 12 929 trafiquants interpellés l'ont été dans le cadre d'affaires liées à l'usage-revente, une proportion qui reste stable depuis la fin des années 1990 ; 31 % dans le cadre de trafics locaux et seulement 2 % dans le cadre d'un trafic international, dont le démantèlement reste particulièrement difficile pour les forces de l'ordre. Comme les années précédentes, en 2005, les trafiquants de résine de cannabis sont les plus nombreux (11 293) loin devant les trafiquants d'herbe de cannabis (1 475) et les trafiquants d'huile de cannabis (4). Depuis l'année 2000, la proportion des trafiquants de nationalité française est en légère hausse et s'élève à 87,8 % des trafiquants inter-

14. D'après les Groupes d'intervention régionaux (GIR), le dispositif antitrafics créé en 2002, 5,4 tonnes ont été récupérées depuis quatre ans dans les « banlieues » françaises.

pellés en 2005. Logiquement, la part d'étrangers est plus importante parmi les trafiquants internationaux (65 %) ; elle tombe à respectivement 16 et 10 % pour les trafiquants locaux et les usagers-revendeurs. Le trafic de cannabis, comme pour les autres stupéfiants, est un phénomène essentiellement masculin (plus de 9 trafiquants interpellés sur 10) et touche une population plutôt jeune puisque l'âge moyen se situe aux alentours de 25 ans en 2005 (contre 28 ans pour les trafiquants d'héroïne interpellés et plus de 30 ans pour ceux de cocaïne).

Les modalités d'accès aux marchés de gros de la résine

Près des trois quarts du cannabis revendu en France par les réseaux de trafiquants proviennent de grossistes appartenant au grand banditisme implantés en Espagne (en 2005, 73 % du total des saisies). Les quantités acquises en Espagne le sont le plus souvent auprès de semi-grossistes qui approvisionnent les trafiquants locaux. Généralement, la moitié du prix de la cargaison est réglée sur place, le solde après la revente. Le reste du cannabis saisi en France est acheté directement au Maroc et, dans une moindre mesure, en Belgique et en Algérie.

Typologie des réseaux locaux

Les sources concernant l'organisation concrète du trafic local ou du trafic dit de proximité sont relativement rares. Dans une étude publiée, en 2001, dans le cadre de l'expertise collective menée par l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médical) [36], une typologie du trafic local a été dressée à partir, notamment, de données issues de la police (procédures d'interpellations), la justice (actes de procès) et/ou de travaux ethnographiques. Ce travail met en lumière trois grands types de réseaux locaux :

- les réseaux fondés sur la coopération familiale associant les parents, les enfants voire les cousins et s'organisant selon une division du travail bien définie ;
- les réseaux fondés sur une logique « entrepreneuriale », lesquels partagent avec le premier type une organisation reposant sur une certaine division du travail et un objectif de maximisation des profits ;
- les réseaux plus diffus dits de « proximité ». Contrairement aux deux premiers types, ces réseaux ont en général un niveau de structuration relativement faible et leur logique n'est pas – ou pas exclusivement – lucrative. Le regroupement des personnes est fréquemment fondé sur une logique affinitaire dans le cadre d'achats groupés en vue d'obtenir des prix plus attractifs, mais peut s'organiser aussi à partir d'un unique pourvoyeur, « cannabiculteur » ou « consommateur avisé », faisant circuler le produit la plupart du temps par le biais du don, du troc et plus rarement de la vente.

Ces trois grands types de réseaux ne sont pas exclusifs les uns des autres. Ainsi, les réseaux fondés sur une coopération familiale fonctionnent, la plupart du temps, selon le modèle d'une petite entreprise. Ici l'organisation familiale et la logique de l'accumulation sont imbriquées. De même des réseaux plus diffus, organisés fréquemment à partir d'usagers qui veulent financer leur consommation personnelle par la revente, peuvent se structurer et se développer pour former de véritables petites entreprises fondées à

la fois sur un objectif de satisfaction des besoins et une logique marchande. Ces réseaux sont bien évidemment les plus structurés et reposent sur une division du travail plus ou moins complexe entre les individus qui sont chargés de l'approvisionnement auprès des grossistes ou des semi-grossistes, les guetteurs, les rabatteurs et les revendeurs. Par ailleurs, ces réseaux font preuve d'une grande flexibilité par rapport à la répression. En cas de démantèlement, leurs capacités de régénération sont importantes.

7

Approvisionnement et prix

Abdalla Toufik, Stéphane Legleye, Michel Gandilhon

Le caractère clandestin du marché du cannabis interdit de l'étudier comme un marché économique classique. Toutefois, il reste possible d'interroger les consommateurs sur leurs modalités d'approvisionnement. C'est ce qu'autorisent deux types d'enquêtes : les enquêtes en population générale, qui fournissent des éléments de cadrage valables pour l'ensemble de la population consommatrice parce qu'elles ont vocation à être représentatives de la population dans son ensemble, et des enquêtes au questionnement plus précis, mais ciblées sur des populations particulières. Le présent chapitre tente d'articuler les informations de ces deux sources de données afin d'offrir le panorama le plus complet possible de la situation.

Disponibilité et accessibilité du cannabis

La disponibilité désigne la présence globale du produit dans un espace géographique donné tandis que l'accessibilité définit le degré d'effort à fournir par un consommateur moyen, possédant l'argent nécessaire, pour se procurer la substance recherchée. Ces notions sont intuitives mais pluridimensionnelles. Dans les enquêtes en population générale, elles sont principalement mesurées par le niveau d'usage, la connaissance de consommateurs ou de lieux d'achat, pour la première, ou par l'estimation de la difficulté à se procurer une substance donnée pour la seconde. Dans les enquêtes de type ethnographique, disponibilité et accessibilité sont appréciées et rapportées par les enquêteurs de terrain de façon plus globale en tenant compte de l'état du marché local (nature des lieux de vente, plage horaire, etc.).

La disponibilité

La première mesure de la disponibilité d'un produit est son niveau d'usage dans la population. Comme on l'a vu dans les précédents chapitres, celui du cannabis est de loin le plus élevé de tous les produits illicites. La proposition ou l'offre de détail au cours de la vie est une mesure alternative intéressante. Ainsi,

en 2005, 43,1 % des 15-64 ans interrogés dans le Baromètre santé 2005 déclaraient s'être déjà vu proposer du cannabis au cours de leur vie (sans qu'il soit possible d'en connaître la date ni le caractère gratuit ou payant), alors que seuls 30,6 % d'entre eux disaient en avoir déjà consommé. Sans surprise, cette offre de consommation est plus courante parmi les hommes (51,3 % *vs* 35,1 % parmi les femmes) et parmi les jeunes, qui sont les segments de population les plus consommateurs : elle est déclarée par 57,7 % des 15-19 ans et culmine entre 20 et 24 ans (68,0 %). Elle diminue ensuite progressivement sur les générations plus âgées, sans devenir pour autant négligeable : si seulement 5,5 % des 60-64 ans disent avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie, la proportion de ceux qui s'en sont déjà vu proposer est presque double (9,8 %) [52].

De la même façon, quatre personnes de 15 à 64 ans sur dix déclaraient en 2002 connaître personnellement un consommateur de cannabis [46], surtout parmi les hommes (43,6 % *vs* 36,7 %) et surtout parmi les jeunes (c'était le cas de 70,9 % des 15-24 ans). Le même constat est fait parmi les jeunes de 17-18 ans dans l'enquête ESCAPAD en 2003 : 81,2 % des jeunes disent avoir un ou plusieurs fumeurs de cannabis dans leur entourage, alors même que l'expérimentation n'est déclarée que par 53,0 % d'entre eux.

Ces proportions excèdent de loin le niveau d'expérimentation du cannabis dans la population, soulignant sa très grande diffusion, donc sa grande disponibilité, même pour les non-consommateurs.

L'accessibilité

Une des mesures indirectes de l'accessibilité peut être la connaissance de proches consommateurs, telle que décrite précédemment comme composante de la disponibilité. En effet, ce sont souvent les proches qui sont les principaux fournisseurs de produit et relais pour la consommation, qui a majoritairement lieu en groupe. Néanmoins, les enquêtes en population générale fournissent une autre mesure de l'accessibilité en questionnant la perception qu'ont les individus de la facilité avec laquelle ils pourraient ou peuvent se procurer du cannabis. Elles montrent ainsi que le cannabis paraît très accessible à la majorité des Français, qu'ils consomment ou non : près de six personnes âgées de 15 à 64 ans sur dix (58,0 %) jugent qu'il leur serait facile d'obtenir du cannabis en 24 heures, s'ils en voulaient (30,4 % assez facile et 27,5 % très facile). Les hommes de 20-25 ans sont particulièrement nombreux à partager cette opinion (79,2 % contre 61,3 % dans le reste de la population). Moins d'une personne sur dix (7,2 %) dit ne pas pouvoir se prononcer sur la question, cette proportion augmentant de façon nette avec l'âge des personnes interrogées, de 2,0 % parmi les 15-19 ans à 14,3 % parmi les plus de 55 ans. Il faut reconnaître que cette question trouve ses limites face aux individus qui n'ont aucune envie de se procurer du cannabis et n'acceptent pas vraiment la mise en situation qui leur est proposée. Le cannabis reste toutefois un produit jugé accessible même dans les tranches d'âge les plus élevées. La proportion de ceux estimant que cela leur serait « très facile » baisse toutefois nettement avec l'âge (40,6 % à 15-19 ans contre 17,4 % à 55-64 ans) [52].

Des difficultés d'accès sans grande incidence sur le marché

Les observations menées dans plusieurs sites du dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) au cours des deux dernières années tendent à montrer néanmoins que des difficultés d'accès au cannabis peuvent survenir. Elles sont le plus souvent locales et de courte durée. Elles peuvent être saisonnières, notamment durant la période estivale, vraisemblablement à cause du départ en congés des petits trafiquants ; consécutives à des démantèlements des réseaux du trafic, mais encore artificielles et délibérées car provoquées par les trafiquants afin de « préparer » le marché pour que d'anciennes variétés, reconditionnées et ayant reçu des nouvelles appellations, soient réintroduites sur le marché à un prix plus élevé [30, 113, 133, 134, 241, 256].

Ces difficultés semblent peu affecter la plupart des consommateurs. L'anticipation par la constitution des petites réserves, le dépannage entre usagers et le recours à d'autres réseaux d'approvisionnement tendent à amortir l'impact de cette réduction momentanée de la disponibilité. Un consommateur régulier et averti est en mesure, en toute circonstance, de satisfaire ses besoins d'une forme ou d'une autre de cannabis.

Modalités d'acquisition du cannabis

Place prépondérante des dons et de l'achat

Dans les exercices 2005 des enquêtes Baromètre santé et ESCAPAD, les consommateurs de cannabis au cours des douze derniers mois pouvaient décrire leur mode d'approvisionnement ordinaire en répondant soit « le don », soit « l'achat », soit « l'autoculture ». La question n'exclut pas le passage d'un mode d'approvisionnement à un autre tout au long de l'année en fonction des circonstances et des opportunités. Il est par exemple difficile à un particulier de subvenir à ses besoins personnels exclusivement grâce à ses propres plantations de cannabis dès lors qu'il fume de façon régulière ou quotidienne, en particulier s'il est jeune, réside chez ses parents ou habite en ville. En 2005, près de six usagers actuels de 15-64 ans sur dix (58,7 %) ont ainsi répondu qu'ils bénéficiaient ordinairement de dons, un peu plus du tiers (36,8 %) qu'ils achetaient leur cannabis et 5,1 % qu'ils le produisaient eux-mêmes. Alors que le don est plus répandu parmi les femmes (67,5 % *vs* 54,5 %) au contraire de l'achat, l'autoculture est partagée à égalité par les deux sexes. Ces modalités d'approvisionnement varient avec la fréquence d'usage : parmi les usagers réguliers, la proportion de bénéficiaires de dons n'atteint plus que 25 %, au profit de l'achat (62,9 %) et de l'autoculture (12,0 %), tandis que les pourcentages parmi les usagers quotidiens sont 20,5 %, 62,8 % et 16,7 %. Ces résultats soulignent qu'une minorité importante des usagers les plus fréquents ne payent pas leur cannabis, vraisemblablement parce qu'ils consomment avec des proches qui partagent leur produit.

Le même phénomène est observé à l'adolescence dans l'enquête ESCAPAD 2005 : la proportion de bénéficiaires de dons diminue avec la fréquence d'usage (sans jamais devenir nulle), au profit de l'achat et de l'autoculture, et les filles

disent plus souvent que les garçons bénéficier de dons, alors qu'elles sont presque autant à cultiver du cannabis. L'enquête permet de plus de montrer que ces modalités d'approvisionnement sont presque toujours conjointes et qu'à 17 ans, l'approvisionnement exclusif par le don reste supérieur à celui par l'autoculture, même chez les usagers quotidiens (4,2 % *vs* 3,3 %).

Les enquêtes de terrain permettent de compléter ces données en précisant les modalités d'achat. Ainsi, dans une enquête de 2004 relative aux consommateurs réguliers de cannabis, cinq principales modalités de son acquisition sont susceptibles d'être identifiées : cadeaux/don, achat à un ami, achat à un petit trafiquant (dealer), autoculture et achat à l'étranger. Les plus âgés semblent éprouver des difficultés particulières à s'assurer un approvisionnement régulier du fait du rétrécissement de leurs réseaux de sociabilité [248].

Parmi les consommateurs réguliers de cannabis, les quatre cinquièmes (78 %) des personnes déclarent s'approvisionner au moins de temps en temps auprès d'amis et les deux tiers (65 %) par des dons. L'achat à un petit trafiquant est déclaré par 59 % des usagers (un tiers y a recours fréquemment). La culture personnelle et l'achat à l'étranger (essentiellement aux Pays-Bas et en Belgique) sont minoritaires avec respectivement 24 % et 19 % de réponses [67].

Si les modalités d'approvisionnement pouvaient se mesurer sur une échelle de préférence, l'achat à un petit trafiquant inconnu (dealer) se situerait en bas de celle-ci. Au risque pénal (interpellation) s'additionne celui d'un moindre rapport qualité-prix. Cela pourrait expliquer pourquoi cette modalité d'approvisionnement n'est utilisée qu'en dernier recours, en l'absence de toute autre possibilité, car elle renvoie le consommateur à une réalité qu'il tente souvent d'ignorer : le cannabis est un produit illicite, le vendeur est un « délinquant » et l'achat est un acte « déviant ». À l'opposé, l'achat entre « amis » est particulièrement valorisé parmi les consommateurs, car il est perçu comme synonyme de produit de qualité et de moindre risque lors de l'achat. En outre, dans l'imaginaire des usagers du cannabis le recours à cette modalité pourrait être une tentative visant à effacer la composante « péjorative – déviante » de l'acte d'achat et renforcer du même coup celle, souvent attachée à la consommation du cannabis, de « convivialité – sociale ». Acheter et vendre à des « amis » vise ainsi, entre autres, à échapper à la connotation du trafic, du deal, du marché noir, etc.

Les transactions entre l'espace privé et l'espace public

L'achat du cannabis auprès du petit trafiquant s'effectue dans les deux espaces public et privé. Dans l'espace public, les transactions sont plus ou moins visibles selon le choix du lieu, du hall d'immeuble à la rue en passant par des lieux plus discrets (gares, centres commerciaux) [36].

L'espace privé désigne essentiellement le domicile du petit trafiquant. Sans conteste, il s'agit du lieu privilégié aussi bien pour le vendeur que pour l'acheteur car il a l'avantage, pour les deux protagonistes, de réduire le risque d'exposition aux forces de l'ordre. La motivation principale de l'acheteur dans le choix de

L'autoculture de cannabis : un phénomène en expansion

Le phénomène de l'autoproduction de cannabis a commencé à se développer de manière significative en France dans les années 1970, notamment dans le sud de la France. Il touchait à l'époque les « néoruraux » dans le cadre d'un retour à la terre. Depuis, l'autoculture s'est étendue aux zones urbaines par le biais de la culture dite « en placard » [252].

La pratique de l'autoculture d'herbe de cannabis étant un phénomène clandestin, l'appréciation de son ampleur est un exercice complexe. D'après le Baromètre santé 2005, 5 % des 15-64 ans ayant consommé du cannabis dans l'année déclarent se procurer leur produit en ayant recours à la culture personnelle, au moins occasionnellement [52] ; dans l'enquête ESCAPAD 2005 [53], 9 % des usagers au cours de l'année, âgés de 17 ans, disent avoir recours à l'autoculture (1 % déclare s'approvisionner exclusivement par ce moyen). À l'aide de ces deux enquêtes, il est possible d'estimer la part des usagers recourant à l'autoculture à environ 200 000 pour la tranche d'âge des 15-64 ans.

Cet ordre de grandeur est proche d'une estimation produite par un collectif de consommateurs militants, le CIRC (Collectif d'information et de recherche cannabique), et souvent rapporté.

Il semblerait, par ailleurs, que ces dix dernières années, l'autoculture d'herbe de cannabis soit en nette hausse. Depuis au moins 2002, les données statistiques disponibles font état d'une augmentation aussi bien de la quantité que du nombre de pieds saisis [217]. La part respective de l'arrachage et de l'importation dans cette augmentation n'est pas connue. Les observateurs du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) rapportent également le développement du phénomène. Cet essor serait lié principalement à l'inquiétude des consommateurs devant la supposée dégradation de la qualité des produits qu'ils consomment. La résine fait l'objet notamment d'une méfiance de plus en plus grande de la part des usagers. Ceux-ci préféreraient fumer de l'herbe, la considérant de meilleure qualité. Pour beaucoup d'usagers, en effet, l'herbe apparaît comme un produit naturel. Dans une enquête consacrée aux usagers réguliers du cannabis le caractère non négligeable de la « culture personnelle » dans les stratégies d'approvisionnement des consommateurs apparaît nettement. Si, sur toute la France, près d'un quart des usagers reconnaît y avoir recours, la proportion peut s'élever jusqu'à près de 40 % sur certains sites de l'enquête [67].

Outre la qualité, jugée douteuse du haschisch, les raisons les plus fréquemment avancées par les personnes ayant recours à l'autoculture sont [248] :

- une alternative permettant d'échapper aux risques encourus lors d'un achat réalisé auprès de dealers ;
- la rentabilité financière y compris dans le cas d'une culture d'intérieur qui nécessite au minimum un investissement initial de 500 € ;
- l'aspect « convivial ». Les personnes qui se livrent à l'autoculture sont fréquemment parties prenantes d'un réseau de sociabilité où la gratuité est de mise (dons, contre-dons, « dépannages »).

Il semble que l'autoculture à large échelle, destinée à un marché dans un but d'enrichissement, soit très minoritaire.

Par ailleurs, certains professionnels de la vente de matériels nécessaires à l'autoproduction font état d'un commerce en forte expansion des lampes à sodium et des pots hydroponiques, produits indispensables à la culture dite « en placard ». En France, une soixantaine de magasins de jardinage et de boutiques spécialisées distribuent ce type de matériel. En outre, les ouvrages consacrés aux techniques de culture du cannabis font l'objet d'un engouement certain puisque certains se vendent à plusieurs dizaines de milliers d'exemplaires [108].

s'approvisionner directement au domicile du fournisseur est plutôt d'ordre symbolique : appartenir au cercle de la clientèle sélectionnée contrairement aux novices qui se procurent le produit dans l'espace public.

La résine domine dans l'hexagone et l'herbe dans les DOM

Le cannabis disponible en France existe sous deux formes principales : résine et herbe [248], l'huile étant quant à elle très rare [30, 86, 101, 241]. Les enquêtes en population générale ne permettent pas, pour l'instant, de documenter les types de cannabis consommés par les usagers, mais les enquêtes de terrain fournissent des indications utiles. Ainsi, en 2004, dans l'enquête « Consommateurs réguliers de cannabis », six répondants sur dix (57 %) déclarent s'être procurés de la résine lors de leur dernier achat et quatre sur dix (43 %) de l'herbe [67]. La forme résine domine le marché du cannabis en France métropolitaine [30, 67, 86, 101, 194, 256]. Au cours de la dernière décennie, la demande et la disponibilité de l'herbe sont, toutefois, en nette augmentation [152, 248]. Dans les départements d'outre-mer, en revanche, la disponibilité de la forme résine est très réduite. Le marché local est presque exclusivement tourné vers l'herbe [192, 254, 289].

Le prix du cannabis

Sur un même lieu géographique, le prix du cannabis peut varier de manière importante en fonction de la quantité achetée, de la qualité supposée du produit et enfin du degré de proximité avec le vendeur. Ainsi, le coût d'achat auprès d'un fournisseur connu du consommateur (petit trafiquant ou ami) est moins élevé que lorsqu'il s'agit d'un achat à un petit trafiquant inconnu. Pour réduire le coût d'achat, une pratique, qui tend à se généraliser, consiste en des achats collectifs (plusieurs dizaines de grammes ou plus à partager ensuite entre les cotisants) afin d'obtenir des prix préférentiels [102, 152, 256].

L'unité de vente courante de la résine de cannabis est la *barrette* (environ 2 g). Le prix moyen d'un gramme de résine de cannabis en France métropolitaine est stable à environ 4 € au cours de la période 2004-2005 (Figure 25). Il est en forte baisse (27 %) par rapport au prix, constaté lors d'une enquête similaire réalisée en 1996 (5,3 € le gramme) [152].

Le prix moyen du gramme d'herbe de cannabis en France métropolitaine en

Figure 25 : Prix moyen d'un gramme de cannabis en France en 2004 et 2005

	Résine		Herbe	
France métropolitaine	Consommateurs réguliers 2004	SINTES cannabis 2005	Consommateurs réguliers 2004	SINTES cannabis 2005
Nombre de répondants	516	234	275	67
Prix moyen du gramme	3,9 €	3,9 €	5,4 €	5,3 €

Source : Consommateurs réguliers de cannabis, OFDT ; SINTES, OFDT.

2004 et 2005 s'élève à 5,4 et 5,3 € respectivement. Estimé à 10 € environ en 1996 [152], le prix de l'herbe a été pratiquement divisé par deux au cours de cette dernière décennie. L'engouement des consommateurs pour cette forme naturelle du cannabis combiné au développement de l'autoculture a contribué à en accroître la disponibilité et à en baisser le prix [67, 152, 226].

Ces prix moyens, obtenus directement auprès des consommateurs, sont du même ordre de grandeur que les estimations fournies par les services territoriaux de la police judiciaire et de la sécurité publique : de 4 à 6 € le gramme de résine, de 5 à 7 € le gramme d'herbe en 2005 [217].

Le budget consacré à l'achat du cannabis, en 2006, se situe, selon une étude qualitative auprès d'usagers réguliers, entre 80 et 150 € par mois (en dehors de la dépense nécessaire pour l'achat du tabac) [248]. En 2003, l'enquête ESCAPAD avait, quant à elle, rendu compte, pour les jeunes âgés de 17-18 ans, d'un budget mensuel alloué à l'achat de cannabis compris entre 50 et 60 € mensuels pour les usagers réguliers et entre 75 et 85 € pour les usagers quotidiens [47].

Repères méthodologiques

Baromètre santé ; Enquête « Consommateurs réguliers de cannabis » ; Enquête qualitative auprès des usagers réguliers ; ESCAPAD ; SINTES ; TREND

8

Estimation du chiffre d'affaires du cannabis

Christian Ben Lakhdar, Stéphane Legleye, Stanislas Spilka

L'estimation du chiffre d'affaires des drogues illicites est une entreprise délicate en raison de la nature même des produits vendus. En France, cette mesure a toutefois déjà fait l'objet d'estimations. Ces dernières se révélaient être soit vraiment approximatives [231], soit fondées sur une méthodologie reposant sur des enquêtes de consommation étrangères [225] qui, par conséquent, ne permettait pas l'obtention de résultats véritablement fiables. Les enquêtes en population générale renseignant sur les consommations et les comportements vis-à-vis des substances psychoactives en France s'étant étoffées, il est désormais possible d'approcher une mesure plus juste de la réalité économique du marché de détail du cannabis en France et, plus précisément, d'avoir une estimation de son chiffre d'affaires.

Méthodologies

Les deux méthodes d'estimation résumées ici sont exposées en détail dans un article à paraître [68]. La première est fondée sur les déclarations de consommation, la seconde sur les déclarations de dépenses. Elles portent toutes les deux sur la tranche d'âge 15-64 ans.

Méthode des déclarations de consommation

L'évaluation du chiffre d'affaires d'un secteur d'activité économique s'obtient en multipliant le prix de vente au détail par les quantités vendues. Dans le cas de biens légaux et grâce aux obligations fiscales de comptabilisation, ce calcul ne pose pas de problèmes majeurs. Il en est tout autrement dans le cas de biens illégaux comme le cannabis. Dans la mesure où les quantités vendues ne peuvent être connues, ce sont les quantités achetées par le consommateur final qui doivent être déterminées grâce aux enquêtes en population générale menées en France. Pour ce faire, il faut estimer la quantité de cannabis fumée à partir des déclarations de consommations dans les enquêtes en population générale. Le Baromètre santé 2005 (pour les 18-64 ans) et ESCAPAD 2005 (pour les 17 ans), permettent de connaître la fréquence de consommation au cours des trente derniers jours, ainsi

que le nombre de joints fumés lors de la dernière occasion. Le produit des deux fournit une indication du nombre de joints fumés au cours des trente derniers jours par individu, puis, rapporté à la population consommatrice, le nombre total de joints fumés dans la population au cours des trente derniers jours. La multiplication de ce résultat par la masse (en grammes) de cannabis utilisée pour la confection d'un joint moyen et par le prix moyen du gramme du cannabis disponible sur le marché fournit le chiffre d'affaires pour les trente derniers jours. Trois points sont cependant à considérer :

- la part issue de l'autoculture, estimée par le Baromètre santé à environ 4 % en volume, doit être soustraite au total de joints précédemment estimé ;
- le prix moyen par gramme de cannabis *p* a été fixé à 4 € : les observations du dispositif TREND tendent à montrer que le prix moyen du gramme de cannabis en France se situe dans une fourchette allant de 3,90 € pour la résine à 5,30 € pour l'herbe [80]. La valeur choisie de *p* reflète ainsi le grand différentiel de disponibilité des deux formes de produit (le prix choisit revient à une répartition d'environ 90 % de résine pour 10 % d'herbe achetés) ;
- la quantité de cannabis nécessaire à la confection d'un joint moyen dépend de la qualité du cannabis consommé et peut donc varier d'un joint à un autre ; paramètre difficile à estimer, il a été fixé à 0,33 g, ce qui correspond à environ 6 à 9 joints par barrette (plus petite unité de vente au détail) si celle-ci pèse entre 2 et 3 g (voir à titre d'exemple, [229]).

Le chiffre d'affaires des jeunes de 15-16 ans a été estimé à partir des seules fréquences de consommation déclarées dans ESPAD 2003, sous l'hypothèse qu'à fréquence identique, les quantités fumées par les jeunes interrogés dans ESPAD sont les mêmes que celles des jeunes de 17 ans interrogés dans ESCAPAD.

Méthode des déclarations de dépense

Cette seconde approche d'estimation se fonde sur les déclarations de dépenses en achats de cannabis faites par les jeunes de 17 ans dans l'enquête ESCAPAD 2003. Le principe repose sur l'extension des dépenses mensuelles déclarées par les 17 ans en 2003 aux 15-64 ans suivant les caractéristiques de consommation des individus. Il est supposé que la dépense ne dépend que de la fréquence de consommation et du nombre de joints fumés la dernière fois, connus tous deux dans ESCAPAD et le Baromètre santé par l'intermédiaire des mêmes questions. De façon analogue à ce qui est présenté dans la méthode précédente, les dépenses mensuelles moyennes des jeunes de 15-16 ans sont par hypothèse considérées comme identiques à celles mesurées dans ESCAPAD 2003 à fréquence de consommation comparable.

Estimation du chiffre d'affaires

Selon les déclarations de consommation

Le chiffre d'affaires annuel issu de la vente de cannabis en France est estimé à 832 millions d'euros selon cette méthode. La figure 26 présente les résultats par tranches d'âge et catégories d'usagers. Les résultats montrent que c'est la catégorie des usagers quotidiens qui totalise la plus

grande part des dépenses avec 78 % du total. Ceci est vrai quelle que soit la tranche d'âge considérée. Globalement, la plus importante part des dépenses est attribuable aux 15-24 ans (57 % des dépenses totales), suivie de près par les 25-44 ans (42 %). Les hommes assurent à eux seuls environ 80 % des dépenses totales. Ce pourcentage est maximal chez les plus de 25 ans (85 %) et minimal à l'adolescence (73 %). Le volume de cannabis produit par autoculture n'est pas compris dans cette estimation. S'il était valorisé sur le marché au prix moyen du cannabis en vigueur (5,3 €) le produit de sa vente serait estimé à environ 83 millions d'euros.

Selon les dépenses effectuées

La figure 27 présente les résultats obtenus par la méthode d'extension des dépenses en achats de cannabis des

Figure 26 : Estimations annuelles finales des dépenses d'achat de cannabis suivant la méthode de consommation par tranche d'âge et fréquence d'usage en 2005 (en millions d'euros).

	Mensuel non régulier	Régulier non quotidien	Quotidien	Total
15-16 ans	10,4	32,1	45,0	87,4
17 ans	5,4	21,7	47,0	74,1
18-24 ans	9,1	45,5	257,3	311,9
25-44 ans	13,0	40,8	294,6	348,4
45-64 ans	0,6	3,2	6,3	10,1
Hommes	27,8	110,2	531,4	669,4
Femmes	10,7	33,1	118,8	162,6
Total	38,5	143,3	650,2	832,0

Source : estimations OFDT, 2007.

Figure 27 : Estimations annuelles finales des dépenses d'achat de cannabis suivant la méthode des dépenses par tranche d'âge et fréquence d'usage en 2005 (en millions d'euros).

	Mensuel non régulier	Régulier non quotidien	Quotidien	Total
15-16 ans	19,2	28,3	36,9	84,4
17 ans	9,8	19,1	38,9	67,8
18-24 ans	22,5	60,9	214,4	297,7
25-44 ans	32,9	56,3	195,2	284,3
45-64 ans	2,2	4,9	4,2	11,4
Hommes	67,8	144,8	419	631,6
Femmes	18,8	24,7	70,5	114,1
Total	86,6	169,5	489,5	745,7

Source : estimations OFDT, 2007.

jeunes de 17 ans aux autres tranches d'âge. Selon cette deuxième approche, le chiffre d'affaires annuel de la vente de cannabis s'élèverait à 746 millions d'euros. Dans cette estimation, la part des dépenses des usagers quotidiens est toujours largement majoritaire, mais elle ne représente plus que 66 % du total. Ce sont, de même, toujours les 15-24 ans qui assurent la plus grosse part de la dépense totale (60 %), devant les 25-44 ans (38 %). Les hommes sont à l'origine de 85 % de la dépense totale, ce pourcentage variant entre 79 % à l'adolescence et plus de 85 % à l'âge adulte.

Discussion

Les deux méthodes permettent d'obtenir des résultats plutôt convergents, le chiffre d'affaires annuel du marché de détail du cannabis se situerait dans une fourchette allant de 746 à 832 millions d'euros. Il s'agit d'un ordre de grandeur. Les hypothèses et les paramétrages intervenant dans ces calculs sont nombreux, mais quelques points cruciaux méritent toutefois d'être discutés pour appréhender ce résultat comme il se doit.

Questions liées aux deux méthodes utilisées

Premièrement, les deux méthodes reposent sur des déclarations de consommation ou de dépenses mensuelles. Cela introduit très certainement un biais orienté à la baisse pour l'estimation du chiffre d'affaires annuel dès lors que les éventuelles dépenses des consommateurs plus occasionnels sont écartées. Toutefois, celui-ci peut être considéré comme négligeable, au vu de la très faible part des dépenses imputables aux consommateurs mensuels non réguliers dans les résultats.

Deuxièmement, les réponses des individus quant au nombre de joints fumés lors de la dernière occasion sont délicates d'utilisation. Il se peut que les individus répondent à cet item par le nombre de joints qu'ils ont vu « tourner » et sur lesquels ils ont effectivement tiré quelques bouffés et non pas le nombre de joints qu'ils ont pu fumer entièrement. Cette possibilité pose en conséquence la question du caractère solitaire ou collectif des consommations. Ce biais viendrait alors surestimer très nettement les évaluations du chiffre d'affaires, les joints fumés en groupe en une même occasion étant comptabilisés autant de fois qu'il y a de membres dans le groupe. Cet impact peut être très important en particulier parmi les jeunes, puisque 46 % des usagers quotidiens de cannabis de 17 ans interrogés en 2005 disent n'avoir pas fumé seuls lors de leur dernière consommation. Pour corriger ce biais, le nombre de joints fumés a ainsi été divisé par 2 dans les calculs précédents (taille minimale d'un groupe de consommateurs) lorsque la dernière consommation était collective dans les estimations proposées. Toutefois, le caractère solitaire de la dernière consommation n'étant connu que dans ESCAPAD 2005 pour les 17 ans, il a été considéré qu'à fréquence de consommation comparable, cette répartition des consommations solitaires était identique quel que soit l'âge, sauf pour les consommateurs quotidiens de 25 ans et plus, où elle a été considérée solitaire dans tous les cas. Cette hypothèse fait passer l'estimation brute par les consommations de 1 057 à 895 millions d'euros pour l'année 2005.

Troisièmement, la part d'autoculture peut également introduire des biais dans l'estimation obtenue. La culture étant très prisée, le choix de répondre « autoculture » plutôt qu'« achat » ou « don » en réponse à l'interrogation sur le mode d'approvisionnement ordinaire doit refléter en partie l'affirmation d'un comportement désiré et valorisé autant que la répartition réelle de la provenance du cannabis consommé. Il semble en effet difficile aux consommateurs quotidiens, en particulier urbains, même si des exceptions sont possibles, de s'approvisionner de façon continue au cours de l'année avec une production personnelle qui demande beaucoup de soins, d'équipements, d'espace et expose à des risques d'interpellation. Ce biais en faveur de l'autoculture peut ainsi conduire à une sous-estimation des achats réalisés et donc à une sous-estimation du chiffre d'affaires. Afin d'en tenir compte, la proportion d'autoculture a été divisée par deux dans l'estimation finale (soit 1 % parmi les usagers non réguliers, 4 % parmi les réguliers et 8 % parmi les quotidiens). Sans cette correction, le chiffre d'affaires serait de 895 millions d'euros annuels plutôt que 832 millions d'euros pour l'année 2005.

Enfin, dans la méthode des consommations déclarées, il est possible de modifier les valeurs des paramètres exogènes que sont le prix moyen du gramme de cannabis et la quantité moyenne nécessaire à la confection d'un joint moyen afin de tenir compte de l'incertitude qui pèse sur la connaissance de leur niveau. Ainsi, une variation du prix moyen entre 3,50 et 4,50 € (soit 12,5 % à la hausse ou à la baisse) et de la quantité moyenne dans les mêmes proportions (entre 0,29 et 0,37 g par joint) fait varier le total entre 637 millions et 1 052 millions d'euros. Cette fourchette ne remet pas en cause l'ordre de grandeur de chiffre d'affaires obtenu par la méthode des consommations.

Questions spécifiques autour de la méthode des dépenses

Deux points méritent d'être signalés à propos de la méthode d'estimation directe des dépenses. Premièrement, elle repose sur l'hypothèse que les prix, les modalités de consommation et, partant, les dépenses mensuelles déclarées n'ont pas varié entre 2003 et 2005, ce qui est raisonnable au vu des connaissances du marché, des produits et des usages tels qu'ils apparaissent dans les enquêtes mobilisées, mais certainement discutable.

Deuxièmement, elle suppose que les dépenses ne dépendent que de la fréquence et de l'intensité de la consommation mais pas de la nature du produit, qui est inconnue. Or, comme il peut être raisonnablement avancé que la qualité des réseaux sociaux ainsi que les ressources matérielles et sociales varient avec l'ancienneté de la consommation et donc en partie avec l'âge des consommateurs, il est probable qu'une partie des usagers adultes puissent mieux que les adolescents sélectionner la qualité des produits qu'ils consomment, notamment en se tournant davantage vers l'herbe, plus recherchée que la résine. Est-ce à dire que les adultes dépensent plus pour leurs achats de cannabis ? La réponse n'est pas tranchée : les produits de meilleure qualité étant plus chers mais ayant des concentrations plus élevées en THC, ils servent à la confection de plus nombreux joints, le coût moyen des joints pouvant diminuer en conséquence. Il semble donc difficile d'adjoindre des hypothèses supplémentaires pour tenir compte de cet effet.

La robustesse des estimations peut néanmoins être appréciée grâce à la méthode des dépenses, qui permet de calculer un prix moyen du gramme de cannabis fumé par les individus de 17 ans, dont les consommations et les dépenses sont connues. Selon ce calcul, le prix d'achat serait de 3,30 € le gramme. Ce résultat est proche mais un peu inférieur à celui des observations de terrain auprès de consommateurs réguliers plus âgés. Il suggère soit que les consommateurs achètent en une seule fois une importante quantité afin de bénéficier d'une ristourne, soit que la qualité du cannabis est médiocre, ou bien encore les deux à la fois. Il laisse à penser à tout le moins que les prix et la qualité des produits achetés varient effectivement avec l'âge.

Au final, l'impact de ces hypothèses ne modifie pas l'ordre de grandeur de l'estimation, qui reste inférieure au milliard d'euros. Même si la comparaison est discutable, il est possible de placer ce montant en regard des chiffres d'affaires des produits psychoactifs licites les plus courants : celui de la filière alcool était évalué, toutes taxes comprises, à 14,2 milliards d'euros en 2004 et celui de la vente de tabac à 13,7 milliards d'euros en 2005 (2,9 milliards HT).

Repères méthodologiques
Baromètre santé ; ESCAPAD ; ESPAD

Composition du cannabis : taux de THC et produits d'adultération

Isabelle Évrard

La composition de l'herbe et des résines de cannabis est une question largement débattue au moins pour deux raisons : leur teneur en principe actif et la présence de produits d'adultération. Ce chapitre présente l'ensemble des données sur la composition du cannabis disponible en France et s'intéresse à l'évolution des taux en principe actif au niveau national au regard des évolutions constatées en Europe.

Teneur en THC

Aspect analytique : pratiques et limites

Le taux de delta-9-tétrahydrocannabinol ou THC est la mesure communément utilisée pour apprécier le potentiel psychotrope d'un produit cannabique. En effet, bien que le cannabis contienne plus de soixante cannabinoïdes, dont certains participent de manière synergique à son effet psychotrope, la principale substance psychoactive est le THC.

Les techniques d'analyses utilisées actuellement pour le dosage du THC font appel à la chromatographie en phase gazeuse couplée ou non à la spectrométrie de masse, méthode courante d'identification et de quantification en toxicologie. Les résultats sont exprimés en pourcentage de THC rapporté à la masse sèche du produit.

Les mesures des teneurs en THC présentent plusieurs limites. En premier lieu, l'herbe de cannabis et, dans une moindre mesure, la résine sont des produits extrêmement hétérogènes [182]. D'une part, les différents éléments de la plante présentent des concentrations très variables en THC : élevée au niveau des sommités fleuries, plus faible dans les feuilles, nulle dans les tiges et les graines. D'autre part, différents plants issus d'une même récolte ne présenteront pas des taux de THC équivalents puisque ceux-ci dépendent de l'état de maturité du plant, lui-même lié à de nombreux facteurs génétiques et écologiques. La teneur en THC indiquée pour un lot d'herbe ou de résine va donc être influencée par l'échantillonnage, c'est-à-dire la sélection dans l'ensemble de ce lot de la partie qui sera analysée.

Les résultats obtenus dépendront également de la préparation du prélèvement : élimination ou non des parties sans THC, nature du procédé de broyage et méthode d'extraction du principe actif.

Enfin, un dernier paramètre à prendre en compte est la déperdition naturelle dans le temps en THC ; celle-ci est estimée à 17 % par année pour un stockage à température ambiante [259].

Ainsi, la reproductibilité interlaboratoires et la précision des mesures de taux de THC sont médiocres, ce qui questionne le degré de validité des études de comparaisons géographiques et historiques [242]. Cependant, si ces sources d'erreur de mesure limitent les interprétations fines, les études menées au niveau national et international permettent de dégager de grandes tendances qui apportent un premier éclairage sur la question des évolutions des teneurs en THC du cannabis.

Évolution récente des taux de THC en Europe

Un document publié en 2004 par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies montre des changements de taux moyens de THC modestes sur la période 1997-2003, les hausses apparentes étant largement expliquées par l'apparition récente de produits fortement dosés obtenus à partir de méthodes de production intensives [161].

Bien que visibles dans la plupart des pays européens, ces produits fortement dosés demeurent rares et leur circulation reste surtout confinée au territoire hollandais et aux pays qui lui sont limitrophes.

Un indice moyen, désigné sous le terme « taux de THC réel », a été calculé pour chaque pays à partir de l'analyse de tableaux standardisés remplis annuellement par chaque État membre, complétée d'une enquête *ad hoc* basée sur le volontariat à laquelle six pays[15] ont participé.

Cet indicateur est obtenu en additionnant les teneurs moyennes en principe actif des différents produits (herbe issue de l'autoculture, herbe importée, résine importée) pondérées par la part relative de ces produits dans la consommation totale de cannabis.

L'indice de chaque pays tient donc compte de la supériorité des taux moyens en THC des résines relativement aux herbes ainsi que du cannabis cultivé localement par rapport aux produits d'importation, et du poids de chacune de ces catégories dans son marché. Sa valeur dépend en conséquence des estimations des parts relatives de ces différents produits, souvent imprécises, mais dont la prise en compte a permis d'affiner la mesure des taux de THC moyen auquel un usager est exposé.

L'enquête montre que ce taux réel moyen de THC est resté stable autour des valeurs 6 et 8 % dans pratiquement tous les pays européens depuis plusieurs années.

La seule exception est la Hollande qui a atteint un taux réel moyen de 16 % en 2001-2002 et dont les taux moyens pour les trois catégories que sont le cannabis importé, l'herbe et le cannabis néerlandais, ont doublé sur la période 2000-2004 [240]. Cependant, la situation de ce

15. Autriche, République tchèque, Allemagne, Hollande, Portugal et Royaume-Uni.

pays est particulière puisque la part de produits issus de la culture locale représente la moitié du cannabis consommé, alors qu'elle reste relativement faible dans les autres pays européens [161]. Particulièrement développées, les filières hollandaises de culture de cannabis utilisent des procédés de production permettant d'obtenir des taux en principe actif de plus en plus élevés : sélection de variétés, prévention de la fertilisation des plants femelles, techniques de culture hors-sol et proximité des lieux de production et de consommation qui diminue la perte de teneur en THC liée à l'oxydation des produits stockés. Les produits obtenus par ces techniques atteignaient en 2004 des teneurs moyennes estimées à 20 %, soit un coefficient multiplicatif supérieur à 3 par rapport aux herbes importées [240].

Évolution récente des taux de THC à partir des saisies en France

Aucune description des évolutions des taux de THC sur une période antérieure aux années 90 n'est disponible pour la France. Néanmoins, l'ensemble des données existantes, qui couvrent la période 1993 à 2005, confortent les conclusions du rapport européen de 2004 : les discrètes variations des teneurs en THC de la dernière décennie peuvent être expliquées par l'apparition de nouveaux produits très fortement titrés, mais minoritaires sur le marché clandestin français.

Ainsi, une synthèse sur l'évolution des teneurs en THC de produits saisis de 1993 à 2004 date la première apparition de produits fortement dosés à plus de 20 % au cours de l'année 1997 [207]. Grâce à

Évolution sur le long terme des taux de THC dans le monde (hors Europe)

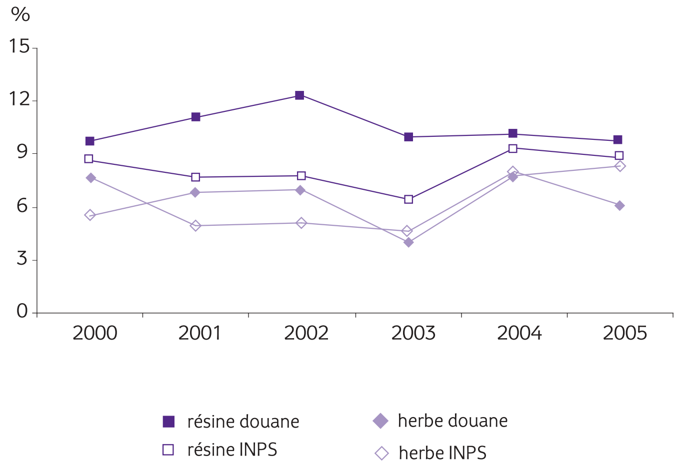
Trois séries de données internationales décrivent les évolutions à long terme des teneurs moyennes en THC du cannabis : aux États-Unis sur la période 1972-1997, en Nouvelle-Zélande sur la période 1976-1996 et en Australie sur la période 1980-1997 [110, 111, 135, 243]. Ces données ne dépeignent en rien la situation européenne sur la même période, les filières d'approvisionnement en cannabis du marché clandestin européen étant totalement distinctes de celles alimentant les marchés du nord de l'Amérique et de l'Océanie.

Aux États-Unis, le taux de THC de l'herbe de cannabis, produit très majoritairement consommé, augmente de 1 % avant 1980 à environ 4 % en 1997. Cette hausse est certes importante, mais les chiffres sont loin de la multiplication par dix souvent annoncée, et les teneurs atteintes avant 1980 sont très faibles au regard des valeurs actuellement observées en Europe [93, 296].

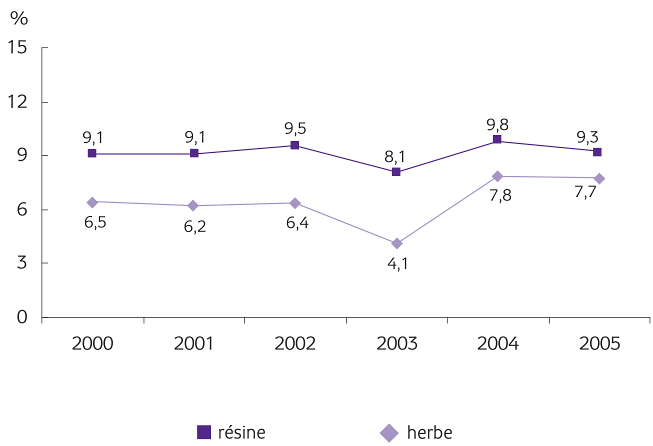
En Nouvelle-Zélande, le taux moyen du cannabis est resté constant sur la période de 20 ans étudiée, avec également des teneurs moyennes faibles par rapport aux standards européens.

Quant à l'Australie, une augmentation modérée des taux moyens de THC est visible sur les dernières années d'observation. Cet accroissement semble expliqué par une sélection plus importante qu'auparavant des parties de la plante les plus fortement titrées.

Figure 28 : Évolution 2000-2005 des taux moyens des saisies analysées par les laboratoires des douanes et de la police (en %)



Le graphique ci-dessus illustre les données selon les deux sources ; le graphique ci-dessous présente les données regroupées sous forme de moyennes pondérées. Chaque source centralise les résultats d'analyse de plusieurs laboratoires répartis sur le territoire national : cinq pour l'Institut national de police scientifique et dix pour les douanes, dont un laboratoire outre-mer.



Source : Institut national de police scientifique [33], laboratoire des douanes [34].

un second volet d'enquête, les auteurs précisent que la proportion d'herbe de cannabis dosée à plus de 20 % a augmenté ces dernières années, passant de 0,5 sur la période 1999-2000 à 2,4 % sur la période 2001-2004 [208]. Ils estiment également que sur les mêmes périodes la proportion de résine dosée au même taux passe de 5,5 à 2,0 %. Pour reprendre les auteurs, les échantillons contenant plus de 20 % de THC restent très rarement rencontrés, représentant seulement 2,0 % de l'ensemble des saisies en 2004.

D'autre part, les valeurs moyennes françaises de taux de THC, calculées à partir des données de saisies sur la période 2000 à 2005, restent cohérentes avec les valeurs européennes annoncées. Sur l'ensemble des dosages effectués par l'INPS (Institut national de police scientifique) et les laboratoires des douanes entre 2000 et 2005, les teneurs moyennes annuelles fluctuent autour de la valeur de 9 % pour les résines et 7 % pour les herbes [33, 34]. Aucune tendance forte ne se dégage sur ces cinq dernières années (Figure 28). Un resserrement des valeurs moyennes des taux de THC des résines et des herbes semble toutefois s'amorcer sur les deux dernières années ; cette convergence reste toutefois à confirmer.

Teneur en THC des produits consommés en France

Une enquête d'observation, menée à partir d'échantillons de cannabis recueillis auprès d'usagers, détaille la composition des produits effectivement consommés en France en s'affranchissant des limites d'interprétation dont souffrent les études réalisées à partir de données de saisies : produits potentiellement en transit sur le territoire, éventuellement exposés à de nouvelles adultérations avant consommation, et, de plus, dans le cas particulier du cannabis, provenant parfois de récoltes saisies avant que les plants ne soient arrivés à maturité.

Cette enquête d'observation coordonnée par l'OFDT s'est déroulée en deux volets dans les agglomérations de Bordeaux, Dijon et Lille en 2004[16] puis Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse en 2005 [66, 226].

Le recueil des échantillons, organisé dans un cadre réglementaire strict, a été réalisé directement auprès d'usagers par des enquêteurs spécifiquement formés. La constitution d'un échantillon représentatif des lots de cannabis consommés étant irréalisable, les pratiques de sélection des échantillons ont favorisé la diversification des filières d'approvisionnement des produits analysés.

Le nombre total d'échantillons recueillis est de 574[17] et comprend approximativement 60 % de résines et 40 % d'herbe. Les données confirment une grande variabilité des teneurs en THC du cannabis, plus marquée pour les herbes que pour les résines. Pour l'enquête de 2005, la moitié des résines se situaient entre des teneurs de 7 et 12 % avec un maximum à 54 % et la moitié des herbes entre 6 et 14 % avec un maximum à 25 %.

16. Les données du site de la Martinique ont été exclues de cette analyse car relevant d'une situation différente de la France métropolitaine. En effet, dans les Antilles, les usagers consomment essentiellement une herbe cultivée sur place, alors qu'en métropole le marché du cannabis est majoritairement constitué de résines importées.

17. 183 en 2004 et 391 en 2005.

Les résultats obtenus semblent confirmer la convergence entre les teneurs moyennes en THC des herbes et des résines observée à partir des données des services répressifs (cf. *supra*). En effet, les deux catégories obtiennent une valeur moyenne semblable, égale à 10 %. La légère supériorité de cette valeur sur les estimations obtenues à partir des données de saisies s'explique par le mode de recueil des échantillons.

Ces données permettent de mettre en évidence une situation hétérogène sur le territoire. La moitié nord de la France subit l'influence néerlandaise et affiche une teneur moyenne élevée pour les herbes et les résines, égale à 12 %. La moitié sud, quant à elle, montre des valeurs proches des résultats européens : la teneur moyenne pour les herbes est moitié moindre que dans l'autre moitié de la France et l'écart demeure entre taux moyens des herbes (6 %) et des résines (8 %).

La part de produits fortement dosés à plus de 20 % de THC, uniquement disponible pour les données de 2005, est estimée à 5,2 % pour les herbes et 3,4 % pour les résines ; tous ces échantillons ont été recueillis dans la moitié nord de la France. Ces données montrent une part plus importante de produits fortement dosés parmi les herbes. Ce phénomène s'explique par une pénétration du marché illicite français différente pour l'herbe et les résines. En effet, si les herbes de

Rôle des produits fortement dosés sur l'exposition individuelle au THC

Les effets somatiques du THC dépendent à la fois de la susceptibilité personnelle de l'usager et de la quantité de THC à laquelle il s'expose, ou dose individuelle d'exposition. D'où l'importance accordée à la concentration en THC qui détermine, à quantité de produit équivalente, la dose de THC consommée.

Cependant, deux considérations viennent nuancer l'impact potentiel de la consommation de produits fortement dosés sur l'apparition de problèmes sanitaires aigus ou chroniques :

- la rapidité d'action des produits fumés permet à l'usager d'adapter immédiatement sa consommation à la puissance de la substance afin d'obtenir les effets recherchés, tout en évitant l'apparition de symptômes non souhaités [195]. Cette notion d'un titrage empirique par l'usager, suivi d'un ajustement de la quantité de principe actif absorbé, est perceptible dans une enquête[18] de l'OFDT : tous les usagers de produits fortement dosés ont su détecter une concentration élevée en THC et aucun ne s'est plaint d'effets indésirables [226],
- le taux de THC contenu dans les produits n'est qu'un des facteurs déterminant la dose individuelle d'exposition cumulée sur une carrière d'usager. La fréquence et l'intensité des épisodes de consommation ainsi que la durée totale de consommation, fortement corrélée à la précocité du début de la consommation, sont des facteurs essentiels et bien plus influents que le dosage en THC des produits consommés [136].

18. *Observations réalisées en 2005 auprès d'usagers à Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse.*

production hollandaise circulent vers les pays qui lui sont limitrophes, les résines hollandaises produites à partir d'herbe cultivée localement, avec des taux de THC considérablement élevés, restent des produits confidentiels : une seule résine de cette catégorie a pu être recueillie dans un milieu de connaisseurs au cours de l'étude française.

Les produits d'adultération

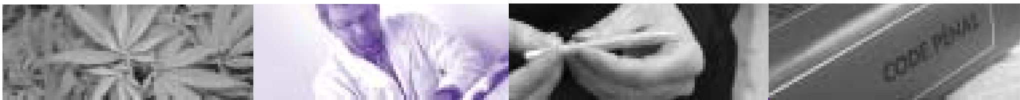
De nombreux produits d'adultération des résines de cannabis sont couramment cités dans les ouvrages d'information et par les usagers [89, 154, 155]. Cependant, aucune de ces sources ne fait état de la confirmation de la présence de tels produits, soit par analyse, soit par observation directe de pratiques de coupage. Les produits évoqués vont des substances inactives aux substances toxiques : henné, cires, paraffine, colles, huile de vidange, déjections animales, hydrocarbures aromatiques, principes actifs médicamenteux et substances psychoactives illicites (hors cannabinoïdes).

La majorité des substances citées n'étant pas mises en évidence à partir des techniques de chromatographie couramment utilisées par les laboratoires effectuant les analyses sur les stupéfiants, les données objectivées confirmant leur présence ou non sont peu nombreuses. Il est toutefois notable que :

- aucun produit d'adultération n'a été mis en évidence dans une enquête spécifique sur les produits de coupe du cannabis réalisée par Médecins du monde entre 2001 et 2003 hormis une graisse retrouvée dans deux échantillons de résine présentant un aspect douteux facilement identifiable [176]. La conclusion apportée à cette étude est que, malgré une méthodologie originale qui favorisait volontairement le recueil de produits « inhabituels » aux yeux de consommateurs avertis, les rumeurs ou anecdotes d'adultérations fréquentes, variées – et notamment l'ajout de psychotropes – n'ont pas été confirmées dans les échantillons analysés ;
- aucune substance psychotrope (hors cannabinoïdes) ou principe actif médicamenteux n'a été identifié en France dans des produits cannabiques alors que ces substances sont détectées par les techniques de laboratoire utilisées pour l'analyse des stupéfiants. Cette constatation concerne aussi bien les produits de saisies que les deux études réalisées sur des produits de consommation [33, 34, 66, 176, 226] ;
- deux produits d'adultération ont été détectés de façon certaine dans des herbes de cannabis recueillis auprès d'usagers. En effet, de l'herbe de cannabis contenant des microbilles de verres et/ou un composé proche du sable circule depuis 2006 dans le nord de la France, en Angleterre, en Hollande et en Belgique [224]. À la fin de premier semestre 2007, l'impact de la consommation de ces produits sur la santé des usagers n'avait pu être précisément évalué. Dans l'attente du résultat des investigations menées à ce propos, le ministère de la Santé et des solidarités a émis le 9 mars 2007 une note d'information sur les « risques sanitaires liés à une consommation d'herbe de cannabis coupée avec des microbilles de verre » ;
- un produit d'adultération a été identifié fortuitement en Italie sur une saisie isolée de résine, à partir des techniques d'identification classiques [81]. Il s'agissait

de colophane, une résine naturelle extraite de certaines variétés de pins, irritante pour les voies respiratoires sans que les mécanismes d'action soient encore bien compris.

Notons que le cannabis étant essentiellement fumé, ce chapitre ne renseigne pas sur la nature et la concentration des substances effectivement absorbées par le consommateur. Les connaissances actuelles sur les produits de combustion et de pyrolyse sont principalement le fait d'études américaines et il serait nécessaire de démontrer l'adéquation de ces résultats au mode de consommation et aux produits européens. L'ensemble des enquêtes menées sur ce sujet avant 2001 sont référencées et commentées dans l'Expertise collective INSERM sur le Cannabis [155]. En France, une étude de 2006 du journal *60 millions de consommateurs* offre quelques résultats sur la toxicité de la fumée du cannabis et notamment sur les taux de monoxyde de carbone et de goudrons inhalés, et devrait être complétée à l'avenir [151].



Risques, conséquences et effets liés aux usages de cannabis

Risques, conséquences et effets liés aux usages de cannabis

L'utilisation de cannabis fumé, de manière ponctuelle ou au long cours, peut avoir un impact sur la santé physique et psychologique des individus sans que les études explicitent toujours à quels niveaux de consommation ces risques sont susceptibles d'apparaître. Les effets peuvent être liés soit au principe actif du cannabis (Δ^9-THC) soit aux substances résultant de sa combustion comme les goudrons. Les produits ajoutés au cannabis de façon intentionnelle (produits de coupe) ou involontaire (contaminants) pourraient également être des cofacteurs d'occurrences pathologiques.

Une consommation ponctuelle de cannabis n'entraîne pas de surdoses. Des risques de mort violente existent toutefois, notamment avec les accidents de la route. Une étude menée en France entre 2001 et 2003 a en effet montré que les conducteurs sous influence de cannabis ont 1,8 fois plus de risques d'être responsables d'un accident mortel que les conducteurs négatifs et que le nombre annuel de victimes directement lié à une conduite sous l'emprise de cannabis serait, en France, d'environ 230 sur une base de 6 000 accidents mortels. Plus rarement, d'autres décès brutaux peuvent survenir du fait d'une défaillance cardio-vasculaire, comme lors d'infarctus du myocarde où le cannabis interviendrait en tant que facteur déclenchant (et parfois associé à d'autres facteurs).

Des symptômes psychiatriques (troubles anxieux, intoxication aiguë à forme psychotique aussi appelée « psychose cannabinique ») peuvent également survenir de façon aiguë. Régressifs le plus souvent en quelques heures ou semaines, il arrive qu'ils correspondent à des symptômes inauguraux de pathologies chroniques. Des troubles anxieux et dépressifs peuvent ainsi être retrouvés lors d'une consommation chronique de cannabis comme des troubles psychotiques de type schizophrénique, même si cette patho-

logie est rare dans la population générale et souvent d'origine multifactorielle.

Au niveau somatique, les conséquences d'une consommation chronique de cannabis fumé se rapprochent des tableaux cliniques observés avec le tabac puisque sont retrouvés des risques de cancers (poumon, voies aérodigestives supérieures, plus rarement vessie et prostate voire cancer du col utérin), de pathologies vasculaires et de maladies respiratoires chroniques (bronchopathies). La survenue de maladies infectieuses comme des infections sexuellement transmissibles pourraient être en partie sous-tendues par une prise de risques sexuels en cas de consommation de cannabis. Des perturbations du système immunitaire ont également été évoquées dans l'apparition d'autres pathologies infectieuses (tuberculose pulmonaire) ou encore d'autres risques en ce qui concerne la reproduction (troubles de la fertilité pour les deux sexes, troubles de développement intra-utérin), les malformations congénitales et certaines tumeurs de l'enfant.

En dépit de ses risques pour la santé, le cannabis est connu de longue date comme ayant des vertus thérapeutiques. Il existe actuellement, malgré les controverses, plusieurs indications bien précises dans lesquelles ce produit serait efficace : les nausées et les vomissements chez des sujets recevant une chimiothérapie anticancéreuse ou atteints du Sida, l'anorexie chez des patients en fin de vie et certaines affections neurologiques douloureuses (sclérose en plaques, atteinte de la moelle épinière). L'usage thérapeutique de cannabis reste illicite en France, mais des prescriptions de composés synthétiques de THC sous forme orale (dronabinol et nabilone), évitant ainsi le passage pulmonaire, sont autorisées de manière nominative dans des indications très précises.

10

Cannabis et risques somatiques

Annie Sasco[19]

Malgré l'ancienneté de son utilisation, les conséquences de l'usage du cannabis sur la santé n'ont commencé à être évaluées que récemment y compris dans les pays où son usage est traditionnel. Aucune étude épidémiologique d'envergure n'existe sur les effets du cannabis non fumé dont les effets somatiques demeurent totalement inconnus. L'examen de la littérature qui suit porte donc sur le cannabis fumé, associé ou non au tabac, et retient essentiellement les études épidémiologiques et les revues de la littérature. La plupart des autres documents disponibles, et en particulier de nombreux rapports de cas, ne seront pas individuellement cités. Un document plus exhaustif est disponible par ailleurs [265].

L'évaluation précise des effets du cannabis sur la santé est problématique pour de multiples raisons : il s'agit d'une substance illégale et dont, par conséquent, la consommation peut être dissimulée par les utilisateurs, sans doute de façon différentielle selon le mode de recueil des données et les personnes auxquelles le médecin ou l'enquêteur s'adressent (personne malade ou en bonne santé, jeune ou plus âgée) ; cette substance, au moins en France, est le plus souvent fumée avec du tabac ; l'habitude de consommer du cannabis est parfois associée à des modes de vie et à des comportements qui sont susceptibles d'influencer le risque de plusieurs pathologies. Ces difficultés peuvent être la source de discordances apparentes d'une étude à une autre. Néanmoins, il est possible et nécessaire de dresser aujourd'hui un tableau des connaissances sur lequel des politiques de santé publique peuvent s'appuyer tout en insistant sur l'absolue nécessité de réaliser des études supplémentaires, y compris en France.

Le cannabis entraîne des effets aigus consécutifs à une prise du produit et des effets à long terme qui n'apparaîtront le plus souvent qu'après des années d'utilisation chronique. Ces effets peuvent être dus au cannabis et en particulier à son principe actif le delta-9-tétrahydrocannabinol mais aussi aux substances résultant de sa

19. INSERM U593 (Unité d'épidémiologie, santé publique et développement), Université Victor-Segalen Bordeaux 2.

combustion (goudrons en particulier) avec peut-être un rôle non élucidé des produits ajoutés de façon intentionnelle (produits de coupe, association de substances psychoactives) ou involontaire (contaminants du type herbicides comme le paraquat, moisissures de type aspergillus ou composés naturels de la plante [aluminium] ou du produit fini).

Risques aigus

Le cannabis n'est pas décrit comme donnant lieu à surdose. Les risques de mort violente sont liés aux accidents de la route ou aux suicides (voir chapitres 13 et 11). Quelques cas d'hospitalisation, voire de décès par « empoisonnement » associés au cannabis ont toutefois été publiés, dont un cas fatal en Inde chez un homme de 25 ans porteur d'une pathologie cardiaque sous-jacente et décédé moins de 24 h après l'absorption d'un bhang sous forme liquide [132].

Le cannabis peut aussi jouer un rôle dans le déclenchement d'infarctus du myocarde pouvant conduire au décès, le THC augmentant la fréquence cardiaque et modifiant la tension artérielle après la prise [38]. Certaines études ont documenté à l'autopsie des taux plus ou moins importants de THC dans le sang [39], ce qui fait considérer que le cannabis fait partie des facteurs déclenchants d'infarctus [96]. Une étude portant sur 3 882 cas d'infarctus aigus du myocarde a estimé que pour les 124 utilisateurs de cannabis dont l'âge moyen était de 44 ans (contre 62 ans pour les non-utilisateurs), le risque de déclenchement de la crise est multiplié pratiquement par 5 dans les 60 min suivant la prise et diminue à moins de 2 pour la deuxième heure [201]. La difficulté pour évaluer dans ce cadre le rôle propre du cannabis est que sa consommation est le plus souvent associée à d'autres facteurs de risque, dont certains modifient le terrain donc l'état de santé de l'individu, tels une alimentation hypercalorique ou un tabagisme [255], ou correspondent à l'utilisation simultanée d'autres substances psychoactives ou produits.

Aucune étude épidémiologique n'a, d'après la revue de littérature effectuée, été réalisée sur les accidents vasculaires cérébraux et le cannabis, même s'il y a de multiples cas publiés, y compris chez des adolescents souvent fortement consommateurs. Une explication proposée pour ce risque est une modification de la perfusion cérébrale, mesurée par la vélocité du flux sanguin dans les artères cérébrales antérieures et moyennes qui, d'après les auteurs de l'article, rend comparable celle d'un fumeur de cannabis de 18-30 ans à celle d'un sujet de 60 ans [141]. Une étude expérimentale sur des volontaires sains et jeunes a confirmé le rôle du THC seul ou de la « marijuana » contre placebo dans la survenue de syncope posturale [188].

Le cannabis est aussi associé dans le cadre de rapports de cas à la survenue de troubles du rythme cardiaque (fibrillations auriculaires paroxystiques, tachycardies ventriculaires, bloc auriculo-ventriculaire) pouvant conduire au décès [38].

L'ingestion massive de cannabis par le jeune enfant peut conduire à des troubles de la conscience [155].

Risques liés à un usage chronique

De très nombreuses pathologies sont décrites comme étant plus fréquentes à la suite d'un usage chronique du cannabis.

En fait, le tableau observé pour le cannabis fumé est très proche de celui connu de longue date pour le tabac.

Risque de cancer

Si le Δ9-THC ne semble pas être un agent cancérogène dans des systèmes cellulaires ou en expérimentation animale, la concentration de goudrons et de composés cancérogènes dans la fumée d'une cigarette de cannabis est plus élevée que celle d'une cigarette de tabac. L'effet cancérogène de la fumée de cannabis a pu être mis en évidence en laboratoire sur cultures de cellules et plusieurs revues sont disponibles sur le lien cannabis-cancer [83, 137, 155, 264].

Cancer broncho-pulmonaire

Bien que les données soient encore limitées, elles plaident fortement en faveur d'un rôle cancérogène du cannabis pour le poumon [155, 189, 262]. La presque totalité des cas ou séries de cas publiés ont en commun l'association de l'usage de tabac à celui du cannabis. Néanmoins, des cas ont aussi été décrits chez des fumeurs exclusifs de cannabis [124]. Particulièrement notable est le jeune âge des patients au moment du diagnostic (souvent moins de 45 ans).

Toutes les études cas-témoins disponibles à ce jour et qui ont été réalisées au Maghreb (Maroc, Tunisie, Algérie) trouvent que l'usage du cannabis multiplie environ par 3 les risques de survenue d'un cancer du poumon après contrôle pour la consommation de tabac, les expositions professionnelles et autres facteurs de confusion [70, 263, 295]. La plus ancienne étude réalisée trouvait même un risque plus élevé [150]. Par contre, l'étude récente menée aux États-Unis a décrit à l'inverse un risque diminué [138].

Causes de mortalité chez les utilisateurs de cannabis

De rares études de cohorte ont de façon prospective suivi des sujets dont la consommation de cannabis était documentée au départ [32, 271]. En France, seule une cohorte rétrospective apporte un éclairage sur le sujet [186]. Ces études montrent une mortalité des usagers de cannabis multipliée approximativement par 3 par rapport aux non-usagers [32, 186], mais ces surmortalités s'annulent ou s'affaiblissent considérablement après la prise en compte des variables socio-économiques ou de la fréquente polyconsommation de ces personnes. Dans l'étude suédoise portant sur plus de 45 000 conscrits et définissant les usagers comme « tout utilisateur de cannabis à plus de 50 occasions au cours de la vie », la surmortalité constatée chez les usagers est particulièrement importante pour le Sida chez l'homme et pour les morts violentes et les suicides dans les deux sexes avec un risque d'autant plus élevé que la consommation de cannabis était forte [32]. L'étude américaine portant sur les affiliés au système de prise en charge médicale du Kaiser Permanente en Californie n'a pas trouvé de surmortalité globale notable, sauf pour la mortalité par Sida chez l'homme, mais il faut noter que cette étude ne prenait pas en compte les variables de la vie sexuelle [271].

Cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS)

Compte tenu des effets connus de la fumée de tabac, l'existence d'un effet cancérigène sur les VADS du cannabis fumé apparaît logique, avec, comme pour le poumon, la possibilité d'une survenue plus précoce que pour le tabac [106]. Cependant, deux études épidémiologiques menées par la même équipe à quelques années d'intervalle apportent des résultats contradictoires, la première indiquant une augmentation de risque à 3 avec un effet de la dose quotidienne et de la durée d'utilisation, plus marqué chez les sujets les plus jeunes [301], remplacée par une diminution du risque de cancers des VADS, de la cavité buccale et de la langue, dans l'étude plus récente [138]. De même, il n'a en particulier pas été mis en évidence dans le cadre d'études cas-témoins de risque accru pour les usagers de cannabis de cancers de la cavité buccale, certaines études rapportant même une diminution [184, 185, 258], mais il faut signaler que l'une de ces études ne retrouvait pas non plus le risque accru, pourtant bien démontré, du tabac ou de l'alcool. Enfin, des séries de cas ont décrit la survenue de cancers de la langue à évolution rapide chez les utilisateurs de cannabis.

Autres cancers de l'adulte

À l'instar du tabac, le cannabis a été associé dans une étude cas-témoin à un risque de 3,4 pour toute utilisation de cannabis au cours de la vie et de 3,3 pour une utilisation exclusive (sans tabac) de cannabis pour le cancer de la vessie [87]. Un risque de même grandeur de cancer de la prostate et plus faible de cancer du col utérin a été retrouvé dans une étude de cohorte américaine [272] ainsi, de façon plus récente, qu'un risque de gliome malin de l'adulte (tumeur du cerveau au pronostic souvent mauvais) [109]. À l'inverse, une étude réalisée aux États-Unis retrouve un risque diminué de survenue de lymphome non hodgkinien [148].

Risque vasculaire

En plus des effets aigus et des risques associés d'infarctus du myocarde, troubles du rythme et accidents vasculaires cérébraux, des effets à long terme ont aussi été décrits.

De nombreux cas d'artérites liés au cannabis ont été publiés [266]. Il s'agit d'une forme de la maladie de Buerger qui se traduit par la survenue chez des personnes relativement jeunes (avant 45 ans en général) de rétrécissements des vaisseaux des membres supérieurs et inférieurs. L'agent causal n'est pas connu.

Risque de maladies respiratoires

Les effets pulmonaires et respiratoires du cannabis ont été les premiers étudiés de façon conséquente dès les années 1970. Ils sont semblables à ceux du tabac et se traduisent par une toux et expectoration, une inflammation des voies respiratoires et une modification de la croissance des cellules bronchiques pouvant mener à une bronchite chronique ou au cancer [203, 279, 282, 283]. Une étude a aussi mis en évidence, par le suivi d'usagers au fil du temps, une détérioration des fonctions pulmonaires, avec un effet dose-réponse mais qui est atténué lorsqu'il y a contrôle des autres facteurs [281]. Des rapports de cas mais pas d'études épidémiologiques existent pour des pathologies rares (emphysème bulleux parfois

associé à une fibrose pulmonaire, granulomatose nécrosante).

Risque de maladies infectieuses

Le risque de maladies infectieuses est particulièrement délicat à évaluer car il concerne avant tout les maladies sexuellement transmissibles, c'est-à-dire un domaine dans lequel il est extrêmement difficile de séparer le cannabis en tant que marqueur de pratiques sexuelles à risque ou en tant qu'initiateur de ces pratiques par levée de craintes [78, 90, 117, 273, 277, 297] ou encore le cannabis en tant qu'acteur propre de la réponse de l'organisme à l'agent infectieux [123, 275] en particulier chez le sujet immunodéprimé. Il faut quand même signaler que la valeur des risques associés à l'utilisation de cannabis est importante, de l'ordre de 3 à 5 pour le virus du papillome humain, lui-même agent du cancer du col utérin [100], pour le *Neisseria gonorrhae* ou *chlamydia* [158, 183], et pour les candidoses [61, 97]. Le cannabis ne joue pas un rôle dans la progression du stade de séropositivité à celui du Sida [91, 105]. Une étude menée en Amérique du Sud chez des travailleuses sexuelles a montré que le risque de séroconvertir était élevé pour les utilisatrices de cannabis, mais sans ajustement pour d'autres facteurs de risque en dehors de l'âge ; ce sur-risque n'a pas été retrouvé dans la région des Andes [42]. Il a aussi été suggéré que le cannabis pouvait jouer un rôle dans l'apparition d'infections opportunistes [123]. L'usage médicinal ou de confort du cannabis (voir chapitre 12) par des patients immunodéprimés ou affaiblis (Sida, cancers…) peut notamment être à l'origine de cas d'aspergillose (infection mycosique du poumon), liés à la contamination de la plante avec une issue qui peut être fatale.

Des risques ont aussi été décrits pour la tuberculose pulmonaire [206] avec l'utilisation d'un narghilé commun et pour des foyers de salmonellose [280]. Un autre risque évoqué est celui à plus de 5 de progression vers la fibrose en cas d'hépatite C pour les fumeurs quotidiens de cannabis [142], avec aussi des problèmes de dysfonctionnement hépatique [76].

Troubles de la reproduction et effets sur l'enfant

De plus en plus d'études sont réalisées dans ce domaine.

Effets hormonaux et sur la conception

L'usage de cannabis est à l'origine de modifications des sécrétions hormonales, documentées chez l'animal et plus controversées chez l'humain avec néanmoins des effets sur l'équilibre hormonal masculin [294] ou féminin, responsable du bon déroulement de la vie reproductive, y compris dans un cadre expérimental [191] même si cela n'est pas toujours retrouvé [74, 77]. Comme pour le tabac, des effets anti-oestrogéniques *in vitro* sont décrits [179]. L'usage du cannabis est associé à un risque augmenté de kystes fonctionnels de l'ovaire [149] mais aussi à un risque d'infertilité (impossibilité à concevoir) pour les femmes ayant consommé du cannabis dans l'année précédant la tentative de conception [79, 205]. Enfin, une étude récente démontre un effet néfaste du cannabis sur la fertilisation *in vitro*, d'autant plus marqué que la prise est récente [163]. Chez l'homme, la consommation de cannabis est asso-

ciée *in vitro* pour le Δ^9-THC et *in vivo* à une diminution de la concentration du sperme en spermatozoïdes ainsi que de leur mobilité et de leur pouvoir fécondant avec une plus grande fréquence de formes anormales [139, 267, 298].

Effets sur la grossesse

Il a été montré que les cannabinoïdes absorbés par la femme enceinte atteignent la circulation sanguine de l'enfant. Les composés dérivés du cannabis (quels que soient leur nature) vont avoir un impact aussi bien sur la mère que sur l'enfant *in utero* [99]. De nombreuses études ont ainsi montré une diminution du poids, de la taille ou de la durée de la gestation de l'enfant pour une consommation chronique de cannabis par la mère, après prise en compte des autres facteurs de risque (autres consommations et conditions socio-économiques) [112, 116, 270]. Par ailleurs, les accouchements sont plus souvent problématiques, avec un travail plus long et plus difficile, et la présence plus fréquente de méconium teinté (témoin de souffrance fœtale) chez les usagères de cannabis [128, 129]. D'autres études ont montré un retard de croissance intra-utérin [121, 126, 147, 284].

Risque de malformations congénitales

Pour les malformations cardiaques, le risque de ventricule unique est multiplié par 2 environ pour l'utilisation de cannabis par le père [276] de même que le risque de communication inter-ventriculaire en cas de consommation maternelle ou paternelle, l'effet augmentant avec la fréquence d'usage [299]. Le risque de gastroschisis (défaut de fermeture de la paroi abdominale) est approximativement doublé en cas d'usage par la mère, le père ou les deux de substances psychoactives [285].

Risque de mortalité et morbidité de l'enfant

L'exposition au cannabis peut être associée à des pathologies de l'enfant. La majorité [162, 268] mais pas toutes [122, 230] des données concernant un éventuel accroissement du risque de mort subite du nourrisson sont positives avec un risque aux alentours de 2, mais avec un effet variable selon la période d'exposition (période périconceptionnelle, gestationnelle, postnatale) et la source d'exposition (père ou mère). Par contre, des anomalies du comportement, en général régressives, ont été observées chez des nouveaux-nés de mères usagères chroniques de cannabis pendant la grossesse, mais il est difficile d'isoler le rôle du cannabis de celui d'autres facteurs d'environnement [155].

L'utilisation par la mère de cannabis pendant la grossesse, mais aussi par le père autour du temps de la conception, a été évoquée comme facteurs de risque de certaines tumeurs de l'enfant. Ainsi, un risque de leucémie aiguë lymphoblastique à 2 a été décrit pour l'utilisation de substance psychoactive (estimée être à 79 % du cannabis) par la mère [171] alors qu'une étude plus ancienne avait trouvé un risque de 11 pour la leucémie aiguë non lymphoblastique [253]. Ceci n'a pas été confirmé par une étude récente par la même équipe [287]. Une autre étude montre un risque de neuroblastome (tumeur du tissu nerveux de l'enfant) multiplié par 4,8 pour l'usage de cannabis pendant le premier trimestre de grossesse [75]. De même, le risque d'astrocytome (tumeur du système nerveux central) est décrit à 2,8 [170] et celui de rhabdomyosarcome (tumeur maligne de tissus tels que le muscle) à 3 pour l'utilisation par la mère et 2 par le père [130].

Cannabisme passif

Par analogie avec l'étude des effets sur la santé de l'exposition passive à la fumée de tabac, la question de la fumée de cannabis a également été posée. Pour le moment, il n'existe aucune étude permettant de montrer un effet clinique de l'inhalation passive de la fumée de cannabis. La mesure de l'exposition passive au cannabis, préalable à la recherche d'effets cliniques, reste elle-même discutée. Il est possible de détecter du THC dans les urines de personnes exposées passivement au cannabis en milieu confiné, comme à l'intérieur d'un véhicule [95, 212] ou dans la salive [213].

CONCLUSION

De nombreuses connaissances sont aujourd'hui disponibles sur les effets somatiques du cannabis. Dans l'ensemble et de façon qualitative, le cannabis fumé se comporte comme le tabac fumé. Les mêmes effets sont retrouvés, en termes de cancer, maladies cardio-cérébrovasculaires ou respiratoires, avec le même impact aussi sur le risque de maladies infectieuses et sur la vie reproductive. Certains de ces effets, comme celui cancérigène, sont parfaitement logiques puisque tous les phénomènes de combustion amènent dans des proportions variables à la production de goudrons cancérogènes qui seront inhalés par le fumeur. Le mécanisme précis d'autres phénomènes mérite d'être étudié, mais là encore il n'est guère surprenant que deux produits consistant en feuilles de plantes qui vont faire l'objet de combustion soient associés à des risques proches. Néanmoins, de nombreuses questions doivent encore faire l'objet de rigoureuses études épidémiologiques, par exemple pour permettre une comparaison quantitative précise de la grandeur des risques respectivement associés à l'usage du tabac et du cannabis. Cela nécessite une mesure détaillée des effets sur la santé en fonction de la dose quotidienne et cumulée tout au long de la vie, de la durée d'utilisation et des âges de début et de fin, du produit choisi et de l'instrument sélectionné pour fumer, du fait que le produit est consommé pur ou mélangé en des proportions à préciser avec du tabac ou d'autres substances (addition volontaire ou contaminants). Ces études devront prendre en compte de la façon la plus rigoureuse possible des facteurs de confusion ou d'interaction, comme le niveau socio-économique, les variables de la vie sexuelle et du mode de vie et en premier lieu le tabac. Il serait plus simple de réaliser ces études dans des populations de fumeurs exclusifs de cannabis, ne consommant jamais de tabac mais celles-ci sont pratiquement impossibles à trouver en nombre suffisant, tout au moins en Europe. Enfin, il serait souhaitable d'évaluer les effets sur la santé somatique du cannabis sous des formes non fumées (par voie orale dans l'alimentation et la boisson, par voie respiratoire par inhalation après chauffage sans combustion). Étant donné la prévalence de consommation cannabique, ces études correspondent à une priorité de santé publique.

Cannabis : les risques pour la santé mentale

Hélène Verdoux, Marie Tournier[20]

Les effets potentiellement délétères de la consommation de cannabis sur la santé mentale sont décrits depuis le XIXe siècle, avec notamment la publication, en 1845, du livre *Du Hachisch et de l'aliénation mentale* par le psychiatre Jacques-Joseph Moreau de Tours. Depuis lors, de multiples études ont cherché à élucider la nature du lien entre cannabis et santé mentale. Il est actuellement clairement démontré que la consommation de cannabis peut entraîner la survenue de troubles psychiatriques, ou aggraver des troubles psychiatriques préexistants, nécessitant que les usagers soient mieux informés des risques liés à l'usage de ce produit, tant à court terme qu'à long terme.

Troubles psychiatriques aigus

Des symptômes psychiatriques de sévérité variable peuvent survenir lors de la consommation de cannabis. En théorie, ces symptômes aigus ne durent que quelques heures à quelques semaines, mais peuvent aussi être les signes inauguraux d'un trouble chronique.

Troubles anxieux

La survenue de symptômes anxieux à type d'attaque de panique représente la complication psychiatrique aiguë la plus fréquente du cannabis, rapportée par au moins un quart des usagers [85]. Ces épisodes se caractérisent par la survenue brutale d'une anxiété très intense, avec la peur de devenir fou, de perdre le contrôle ou de mourir. L'impression de danger imminent est augmentée par des signes physiques telles que palpitations, vertiges, sensation d'étouffement. Des impressions que l'environnement ou soi-même deviennent irréels peuvent également être présentes. Ces épisodes peuvent apparaître lors d'une première consommation ou d'un usage chronique. Ils sont spontanément résolutifs, et, malgré leur carac-

20. Université Victor-Segalen Bordeaux2, INSERM Unité 657 (pharmaco-épidemiologie et évaluation de l'impact des produits de santé sur les populations).

tère très impressionnant, ne nécessitent aucun autre traitement que de la réassurance. De telles attaques de panique sont souvent aversives, et ceux qui les ont expérimentées tendent à ne pas poursuivre l'usage de cannabis. Le risque évolutif est l'apparition d'une anxiété anticipatoire durable (peur de refaire un autre épisode) rentrant dans le cadre d'un trouble chronique dénommé « trouble panique », qui va, lui, nécessiter une prise en charge spécifique.

Psychoses cannabiques

Les syndromes psychotiques aigus survenant de manière concomitante à la consommation de cannabis sont classiquement regroupés dans le cadre diagnostique des « psychoses cannabiniques ». Ils sont caractérisés par l'apparition d'idées délirantes et/ou d'hallucinations, dans un contexte de grande labilité émotionnelle. Les hallucinations sont à différencier des distorsions perceptives de l'intoxication au cannabis, où le sujet conserve une appréciation intacte de la réalité, et a conscience que ces expériences sensorielles inhabituelles sont attribuables au cannabis. Selon les critères internationaux, ces symptômes peuvent durer jusqu'à un mois après la consommation de cannabis. Cependant, l'existence même des « pharmacopsychoses cannabiques » est controversée [85]. La distinction reste souvent incertaine entre un trouble psychotique aigu induit par le cannabis et une consommation de cannabis épiphénomène ou consécutive à un trouble psychotique débutant. Il faut être très circonspect en ce qui concerne le devenir psychiatrique des sujets ayant présenté de tels épisodes, et se garder de donner au patient une information excessivement rassurante, attribuant au seul produit la survenue des symptômes psychotiques. En effet, ces épisodes ne doivent jamais être banalisés, car la vulnérabilité ainsi révélée pourra s'exprimer ultérieurement sous la forme d'un trouble chronique à type de schizophrénie ou de trouble bipolaire de l'humeur (ou maladie maniacodépressive).

Troubles psychiatriques chroniques

Troubles psychotiques, dont la schizophrénie

L'usage de cannabis est nettement plus fréquent chez les personnes souffrant de troubles psychotiques que chez les sujets indemnes de ces troubles. Cette forte comorbidité a longtemps été expliquée par l'hypothèse dite de l'automédication, selon laquelle les personnes atteintes de ces troubles utilisent le cannabis pour atténuer la souffrance générée par les symptômes psychotiques. En d'autres termes, selon cette hypothèse, l'usage de cannabis serait secondaire à l'existence d'un trouble psychiatrique préexistant. La validité de l'hypothèse de l'automédication a toutefois été remise en cause depuis quelques années. En effet, plusieurs études de cohorte conduites dans différents pays européens (Suède, Pays-Bas, Allemagne) et en Nouvelle-Zélande ont montré que l'usage de cannabis augmente le risque de survenue d'un trouble psychotique, et d'une schizophrénie en particulier, chez les sujets initialement indemnes de ces troubles [31, 37, 140, 291, 300]. Le risque de survenue de troubles psychotiques paraît aussi plus

important si l'usage de cannabis débute à l'adolescence plutôt qu'à l'âge adulte. Schématiquement, ces études reposent sur le suivi pendant plusieurs années de plusieurs milliers de sujets et permettent de déterminer la chronologie d'apparition de l'usage de cannabis et des troubles psychotiques. Dans ces études de cohorte, l'existence d'une relation de cause à effet entre consommation de cannabis et apparition d'un trouble psychotique est étayée par plusieurs arguments : tout d'abord, le fait que cette association est mise en évidence lorsque l'on prend en compte d'autres facteurs explicatifs ; et surtout, l'existence d'une relation dose-effet, c'est-à-dire que le risque de schizophrénie augmente avec l'intensité de la consommation de cannabis [140, 300].

Ces résultats montrant que la consommation de cannabis est un facteur de risque pour la survenue d'un trouble psychotique sont très préoccupants, du fait de la gravité de ces troubles et de la fréquence élevée d'usage de cannabis à l'adolescence. Pour les interpréter correctement, il faut néanmoins prendre en compte plusieurs points. Tout d'abord, la survenue d'un trouble psychotique est un événement relativement rare : par exemple seule environ une personne sur 10 000 va développer une schizophrénie par an [156]. De plus, les troubles psychotiques sont des maladies dites multifactorielle, c'est-à-dire qu'elles n'apparaissent chez un individu donné que s'il est exposé à une combinaison de plusieurs facteurs de risque. En d'autres termes, seuls les sujets présentant une vulnérabilité préexistante pour les troubles psychotiques, déterminée par d'autres facteurs de risque, en particulier génétiques, risquent de développer ces troubles quand ils consomment du cannabis. Une étude conduite sur une cohorte australienne a ainsi montré que le risque de survenue d'un trouble psychotique en cas d'usage de cannabis était fortement influencé par les caractéristiques individuelles du gène de la Catechol-O-Méthyl transférase, enzyme régulant l'activité de la dopamine au niveau cérébral. Les personnes qui ont un sous-type de ce gène ont dix fois plus de risque de développer un trouble psychotique s'ils consomment du cannabis que les personnes ayant un autre sous-type [84].

Troubles dépressifs et anxieux

La fréquence d'usage de cannabis est plus élevée chez les sujets présentant des troubles de l'humeur à type de dépression. Là encore se pose la question concernant la direction de l'association : l'usage de cannabis est-il cause ou conséquence de la dépression ? Des études de cohorte, basées sur la même méthode que celle décrite précédemment pour les troubles psychotiques, ont montré que l'usage de cannabis augmentait le risque de survenue de symptômes et troubles dépressifs. Par exemple, une étude australienne a été conduite sur une cohorte de 1 600 adolescents recrutés dans des établissements scolaires à l'âge de 14-15 ans et suivis jusqu'à l'âge de 21 ans [236]. Cette étude montre que la consommation de cannabis au cours de l'adolescence augmente le risque de survenue d'un syndrome anxio-dépressif, après prise en compte des autres facteurs explicatifs. On retrouve une relation dose-effet entre l'intensité de la consommation et le risque de survenue d'un trouble. Inversement, l'existence de symptômes dépressifs à l'adolescence ne

prédit pas l'apparition ultérieure d'un trouble lié à l'utilisation de cannabis, infirmant là encore l'hypothèse de l'automédication.

Le risque de survenue d'un trouble anxieux chronique, comme le trouble panique, chez les sujets ayant fait une attaque de panique déclenchée par le cannabis, a déjà été évoqué.

Le « syndrome amotivationnel »

Le « syndrome amotivationnel » est classiquement décrit chez les sujets faisant un usage chronique et prolongé de cannabis. Il se caractériserait par une perte d'intérêt généralisée et une apathie, associées à une fatigabilité importante et à une perte d'énergie, à des troubles de la concentration retentissant sur le niveau de fonctionnement socioprofessionnel voire sur la capacité à poursuivre les activités de base telles que le maintien d'une hygiène personnelle. La validité de ce syndrome est contestée, car il a été essentiellement mis en évidence par des observations sur des séries de cas, et non par des études basées sur une méthode rigoureuse [85]. Les symptômes du syndrome amotivationnel seraient en fait ceux de l'encéphalopathie subaiguë liée aux effets neurologiques toxiques du cannabis consommé à hautes doses ; encéphalopathie réversible à l'arrêt de la consommation. Il ne paraît donc pas justifié de différencier un syndrome autre que l'intoxication chronique pour rendre compte de l'apparition de ce déficit motivationnel.

Risques chez les sujets présentant un trouble psychiatrique préexistant

Chez les sujets présentant un trouble psychiatrique avéré, notamment un trouble psychotique tel qu'une schizophrénie ou un trouble de l'humeur tel qu'un trouble bipolaire, l'usage de cannabis a toujours des conséquences négatives sur l'évolution du trouble. Toutes les études montrent que les sujets poursuivant l'usage de ce produit, une fois le diagnostic posé, ont des récidives plus fréquentes et sont plus souvent réhospitalisés, et ce même s'ils continuent le traitement prescrit [292]. En effet, le cannabis a des effets opposés à ceux des traitements antipsychotiques ou régulateurs de l'humeur. Il est donc essentiel de rechercher systématiquement l'existence d'une consommation de cannabis chez ces sujets, notamment lors du premier épisode, et ensuite régulièrement au cours du suivi. La consommation, même minime, ne doit jamais être banalisée chez ces sujets, qui doivent être très rapidement informés des risques liés à la poursuite de l'usage. Les recommandations actuelles sont que l'usage problématique de cannabis et le trouble psychiatrique doivent être pris en charge de manière conjointe par la même équipe, une prise en charge dissociée étant moins efficace [85]. Plusieurs centres, canadiens et australiens en particulier, ont développé des programmes thérapeutiques spécifiques pour les sujets présentant à la fois un trouble psychotique débutant et un

trouble lié à l'usage de cannabis. La diffusion de ces programmes dans les centres de soins psychiatriques français devrait être encouragée.

Les études explorant les relations entre cannabis et santé mentale montrent de manière reproductible que l'usage de cannabis augmente le risque de survenue de troubles psychiatriques. Cependant, on ne dispose pas à l'heure actuelle de moyens fiables permettant d'identifier les personnes particulièrement vulnérables vis-à-vis de la survenue de telles complications.

12

Le cannabis thérapeutique

Tiphaine Canarelli

Les premiers témoignages sur l'usage thérapeutique du cannabis remontent à plus de cinq mille ans, en Chine, où il fut utilisé pour traiter des maux aussi divers que la constipation, les douleurs rhumatismales ou la malaria. La culture du cannabis et son utilisation comme médicament se sont ensuite répandues en Inde, au Moyen-Orient, en Afrique du Sud et en Amérique du Sud. La médecine occidentale aurait découvert les propriétés médicinales du chanvre indien vers le milieu du XVIIe siècle, mais c'est véritablement au milieu du XIXe siècle que son usage s'est développé en Europe ; plus d'une centaine de communications sur ce sujet, publiées dans la littérature médicale entre 1840 et 1900, en font du reste état [193] et il est d'ailleurs prescrit en Grande-Bretagne et aux États-Unis à cette époque. L'apparition de médicaments plus actifs à la fin du XIXe siècle comme l'aspirine et les barbituriques, et plus encore dans la deuxième partie du XXe siècle font abandonner ce produit dont l'utilisation devient même illégale. Toutefois, depuis 1970, l'utilisation du cannabis à titre récréationnel dans les pays industrialisés, et notamment chez les jeunes, a relancé le débat relatif à ses éventuelles vertus thérapeutiques [177].

Utilisation de cannabis à des fins médicales

Pour quelles indications ?

Diverses organisations de santé ont évalué, au cours de ces dernières années, les données existantes se rapportant à l'utilisation du cannabis thérapeutique et ont émis, pour certaines, des réserves quant à la pertinence de son usage, comme récemment la Food and Drug Administration (FDA) aux États-Unis [28]. L'utilisation de cannabis à des fins médicales repose en effet actuellement sur un nombre limité d'essais cliniques réalisés en Europe et aux États-Unis principalement, à partir de méthodologies souvent contestables (effectifs très limités, essais sur de courtes périodes). Toutefois, il existe plusieurs indications bien précises dans lesquelles le cannabis peut raisonnable-

ment apporter une réponse thérapeutique [159, 193] :

- les nausées et les vomissements chez des sujets recevant une chimiothérapie anticancéreuse ou atteints du Sida ;
- l'anorexie chez des patients en fin de vie ou atteints du Sida et présentant un amaigrissement important ;
- les affections spastiques associées à des douleurs dans le cadre de la sclérose en plaques ou d'atteintes de la moelle épinière.

D'autres indications pour lesquelles le cannabis serait efficace restent plus hypothétiques et fondées le plus souvent sur des observations anecdotiques : c'est le cas de l'épilepsie (où le cannabidiol serait efficace en traitement adjuvant pour réduire la fréquence des crises chez des patients répondant mal aux antiépileptiques standards) et du glaucome chronique à angle ouvert (où le cannabis permettrait de diminuer la pression intraoculaire). Certaines douleurs cancéreuses ou postopératoires pourraient également être soulagées par ce produit [159, 193].

Quels produits : cannabis ou cannabinoïdes de synthèse ?

Le delta-9-tétrahydrocannabinol (Δ^9-THC) est le principal cannabinoïde psychoactif du cannabis. Son identification, en 1964, a ouvert la voie dans les années 1970 à la fabrication de composés synthétiques de THC comme le Marinol® (dronabinol) et le Cesamet® (nabilone) développés respectivement aux États-Unis et au Royaume-Uni et utilisés dans le traitement des nausées et des vomissements liés aux chimiothérapies après échec des anti-émétiques de référence ; le Marinol® est également indiqué comme oréxigène (inducteur d'appétit) chez les patients atteints du Sida. Comparati-vement au cannabis fumé, l'utilisation de ces formes orales synthétiques (gommes molles) semble plus adaptée du fait de leurs effets constants. Cette stabilité d'action serait en contrepartie à l'origine d'effets trop intenses et prolongés par rapport au cannabis fumé, pouvant entraîner des effets psychotropes importants non recherchés [127]. Deux méta-analyses portant sur l'efficacité des cannabinoïdes de synthèse ont d'ailleurs conclu, en 2001, qu'ils induisaient des effets secondaires graves dans 2 à 5 % des cas, à type d'hallucinations, de sédation, de dépression, voire de psychose [286]. Cependant, l'utilisation de cannabis fumé ne doit pas être encouragée pour autant, du fait de son potentiel cancérigène sur les voies respiratoires (voir chapitre 10) [232]. C'est d'ailleurs pourquoi un nouveau type de cannabis médicinal sous forme de poudre à inhaler (spray) a été développé au Royaume-Uni, le Sativex®, évitant ce passage pulmonaire.

La place dans l'arsenal thérapeutique des différents pays

En France, l'usage de cannabis en thérapeutique reste illicite, mais l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) autorise depuis 1999, en vue d'une meilleure prise en charge de la douleur ou des nausées résistantes aux thérapeutiques disponibles, le recours à une prescription de dronabinol ou de nabilone dans des indications très limitées et dans le cadre d'Autorisations temporaires d'utilisation (ATU) nominatives.

Plusieurs pays ont fait évoluer leur législation pour tolérer l'utilisation de

cannabis à des fins médicales. C'est le cas, par exemple, de quelques États américains[21], du Canada, des Pays-Bas, de la Belgique, de l'Allemagne, du Royaume-Uni et de la Suisse. La Finlande et l'Italie viendraient à cette utilisation de cannabis thérapeutique, notamment dans le cadre du traitement de la douleur. Des pays ou régions ont permis la délivrance en pharmacie de cannabis médical sous sa forme de matière première médicinale (c'est-à-dire sous forme de marijuana) comme par exemple certains États américains, le Canada, la Catalogne, la Belgique ou les Pays-Bas.

Ce dernier pays l'autorise d'ailleurs dans quasiment toutes les indications citées plus haut : les affections spastiques légères associées à des douleurs (sclérose en plaques, atteintes de la moelle épinière), certaines nausées ou vomissements (chimiothérapie ou Sida), en palliatif (cancer ou Sida) et dans certaines douleurs chroniques d'origine neurogène. Un « Bureau du Cannabis Médicinal » néerlandais, créé en 2000, possède d'ailleurs le monopole de cette matière première et est la seule institution habilitée à contrôler la conformité du produit et à gérer sa répartition au sein du territoire [290]. L'Italie et le Canada se diraient eux-mêmes intéressés par l'utilisation de ce produit cultivé aux Pays-Bas. Le Canada et certains États américains autorisent même parfois l'autoculture limitée de plants dans des cas précis[22]. Des « *Compassion clubs* » à la fois voués à la distribution du produit à leurs patients et faisant office de groupes de pression ont été créés aux États-Unis. Une étude ethnographique menée auprès des usagers de l'un d'entre eux a montré que la sociabilité inhérente à ce type de lieu de rencontre pouvait procurer aux malades un bénéfice aussi important que le cannabis fumé lui-même [114]. Quant à l'utilisation des cannabinoïdes de synthèse (Marinol® et Cesamet®), elle se développe dans ces divers pays à travers des protocoles de recherche ou dans des indications limitées. Le Canada a notamment été, en 2005, le premier pays à utiliser, dans le cadre des douleurs liées à la sclérose en plaques, le cannabinoïde de synthèse développé récemment, le Sativex®, dont l'utilisation devrait s'étendre prochainement à d'autres pays.

21. Californie, Arizona, Alaska, Colorado, Hawaii, Maine, Nevada, Oregon, Vermont et l'État de Washington.

22. « Compassionate Use Acts » permettant aux malades graves de cultiver et de posséder du cannabis pour leur usage personnel s'ils détiennent la prescription d'un médecin.

13

Cannabis et risques routiers

Hélène Martineau

Depuis le 31 mars 2003, conduire en ayant fait usage de cannabis (ou d'un autre stupéfiant) est un délit et les possibilités de dépistage ont été étendues (voir chapitre 16). Auparavant, entre octobre 2001 et septembre 2003, tous les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la route ont fait l'objet d'un dépistage pour savoir s'ils avaient consommé des stupéfiants et ce, afin de réunir les informations nécessaires à la réalisation d'une vaste étude épidémiologique. Les résultats de cette étude, dite SAM (Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière), ont permis de faire avancer les connaissances sur le rôle du cannabis dans la survenue de ce type d'accident.

Les effets du cannabis au volant : les résultats des études expérimentales

« *L'ensemble des études expérimentales montre une nette détérioration de certaines facultés sous l'influence du cannabis : capacité de contrôle d'une trajectoire amoindrie, temps de décision allongé, mécanismes d'attention en déficit, réponses en situation d'urgence détériorées ou inappropriées. Sur simulateur ou en situation réelle, les effets sont parfois peu sensibles, et le sont généralement plus nettement aux fortes doses*[23]*. Toutefois, les conducteurs conscients d'une diminution de leurs capacités modifieraient leur comportement en conséquence par une moindre prise de risque : ils allongeraient les interdistances sur autoroute, seraient moins enclins à dépasser et rouleraient à des vitesses moindres. Les effets défavorables du cannabis sur la conduite peuvent ainsi apparaître relativement restreints en situation normale, mais il est des situations où l'influence de la consommation de cannabis peut être très dangereuse : les situations d'urgence, la conduite prolongée monotone et le cannabis mélangé avec d'autres drogues, particulièrement l'alcool.* » Extrait de [72], p. 16.

23. Voir à ce sujet l'encadré « Combien de THC dans un joint ? » dans le chapitre « Carte d'identité du cannabis ».

Rôle du cannabis dans les accidents mortels de la route

Rendue publique fin 2005, l'étude SAM porte sur près de 11 000 conducteurs impliqués dans un accident mortel [173, 174, 175].

Proportion de conducteurs accidentés positifs au cannabis

On dénombre 7 % de conducteurs positifs au cannabis (THC sanguin supérieur à 1 ng/ml) parmi lesquels 2,8 % ont également consommé de l'alcool. La prévalence du cannabis passe à 17 % chez les moins de 25 ans.

Les études épidémiologiques françaises précédentes signalaient la présence de cannabis chez environ 10 % des conducteurs accidentés (résultats variables entre 6 et 14 %) [72]. Ces résultats sont légèrement plus élevés que ceux de SAM mais, outre des différences au niveau de la population de conducteurs étudiée et de la taille des échantillons, ce sont les différences de méthodes de détection qui expliquent le mieux les écarts observés (urine et/ou sang ; recherche de THC et/ou THC-COOH – voir encadré).

Méthodes et difficultés de détection du cannabis

Actuellement, le cannabis est détecté dans les urines ou dans le sang, le dispositif légal prévoyant un dépistage urinaire accompagné, s'il est positif, impossible ou refusé, d'une prise de sang. Seule cette dernière confirme la présence de cannabis, mais sa généralisation pour un dépistage de masse n'est pas envisageable, car trop coûteuse et trop complexe à organiser. Les tests salivaires sont très prometteurs mais non encore validés, en 2006, pour le cannabis [293].

Les difficultés de la détection du cannabis sont dues à son métabolisme complexe qui, contrairement à l'alcool, ne permet pas d'établir une relation synchrone entre la présence des métabolites du cannabis (sang ou urine) et ses effets sur le comportement.

Le Δ^9-THC, l'agent psychoactif majeur du cannabis, atteint un pic de concentration dans le sang 7 à 10 min après l'inhalation ; les niveaux de concentration décroissent ensuite rapidement, pour atteindre des valeurs proches des limites de détection 2 h après. Le Δ^9-THC-COOH, métabolite inactif, est rapidement décelable dans le sang et environ 30 min après consommation dans les urines. Il peut rester dans le sang plusieurs heures et plusieurs jours dans les urines, bien que les effets psychoactifs du cannabis aient disparu.

On considère actuellement que la présence de Δ9-THC dans le sang au-dessus de 1 ou 2 ng/ml atteste une consommation récente de cannabis tandis que la présence de Δ^9-THC-COOH dans le sang ou dans les urines révèle une consommation pouvant remonter à plusieurs jours, voire plusieurs semaines, les effets psychoactifs ayant alors disparu [72].

Voir également l'encadré « Dosage des dérivés cannabis dans les milieux biologiques » dans le chapitre « Carte d'identité du cannabis ».

Les conducteurs positifs au cannabis sont-ils davantage responsables d'un accident mortel ?

Pour répondre à cette interrogation, l'analyse SAM compare les conducteurs responsables à un groupe témoin de conducteurs non responsables (voir repères méthodologiques). Elle prend également en compte un certain nombre de facteurs de confusion susceptibles d'influencer la responsabilité du conducteur dans l'accident, indépendamment de sa consommation de cannabis : autres stupéfiants, alcool, âge, type de véhicule, moment de l'accident, etc. La positivité au cannabis est déterminée dans le sang, à partir d'un taux de THC non nul.

Les conducteurs sous l'influence du cannabis ont 1,8 fois plus de risque d'être responsables d'un accident mortel que les conducteurs négatifs. En cas de consommation associée d'alcool, le risque augmente fortement, approchant 15, soit le produit des deux odds ratios. Pour l'alcool seul, le surrisque est de 8,5 (Figure 29).

Par ailleurs, l'étude permet, pour la première fois, de mettre en évidence que

Figure 29 : Odds ratios de la responsabilité selon la concentration sanguine en THC et l'alcoolémie en France, 2001-2003

	Nombre de conducteurs	Odds ratios ajustés*	Intervalle à 95 % de confiance
Concentration en THC (ng/ml)			
négative	9 013	1,00	
<1	78	1,57	(0,84-2,95)
1-2	298	1,54	(1,09-2,18)
3-4	143	2,13	(1,22-3,73)
>5	240	2,12	(1,32-3,38)
Toutes doses non nulles	759	1,78	(1,40-2,25)
Alcoolémie (g/l)			
Négative	7 181	1,00	
<0,5	495	2,70	(2,10-3,48)
0,5-0,8	211	6,29	(3,74-10,6)
0,8-1,2	304	7,56	(4,75-12,0)
1,2-2,0	739	13,2	(9,11-19,1)
>2,0	842	39,6	(22,7-68,9)
Toutes doses non nulles	2 591	8,51	(7,15-10,1)
Concentration en THC et alcoolémie positives		14,0	(8,00-24,7)

** modèle ajusté sur alcoolémie/concentration sanguine en THC, âge, type de véhicule, moment de l'accident*

Lecture : Les conducteurs sous l'influence du cannabis ont 1,78 fois plus de risque d'être responsables d'un accident mortel que les conducteurs négatifs

Source : enquête SAM, INRETS/CEESAR/INSERM/Lab PSA Peugeot/OFDT [6].

le risque d'être responsable de ce type d'accident augmente de façon significative avec la concentration sanguine en THC, l'odds ratio passant de 1,6 pour un taux de THC inférieur à 1 ng/ml à 2,1 pour un taux supérieur à 5 ng/ml. Cet effet-dose plaide pour l'existence d'une relation causale entre le cannabis et la responsabilité d'un accident mortel. La relation causale est à nouveau confirmée ici pour l'alcool dont l'odds ratio passe de 2,7 pour les conducteurs contrôlés avec moins de 0,5 g/l à 39,6 pour ceux avec une alcoolémie supérieure ou égale à 2,0 g/l (Figure 29).

Décès attribuables au cannabis dans les accidents de la route

Toutes concentrations confondues, la fraction d'accidents mortels attribuable à une positivité au cannabis est de l'ordre de 2,5 % (IC 95 % = 1,5-3,5). Pour une alcoolémie non nulle, la fraction attribuable est de 28,6 % (IC 95 % = 26,8-30,5).

Le nombre annuel de victimes directement imputable au surrisque de responsabilité attaché à une conduite sous cannabis serait d'environ 170 tués, sur une base de 6 000 accidents mortels par an. Proportionnellement, ces victimes sont plus fréquemment des hommes jeunes (18-24 ans) en comparaison à celles décédées dans un accident dans lequel le conducteur responsable n'a pas consommé de cannabis. Par ailleurs, l'étude fait apparaître que, même si un conducteur n'est pas responsable, son risque de décès est augmenté s'il est positif au cannabis. Le nombre annuel de victimes imputable à cette vulnérabilité spécifique des conducteurs sous cannabis serait d'environ 50 tués. Ainsi, le nombre annuel de victimes imputable au cannabis – soit directement par une plus fréquente responsabilité de l'accident, soit indirectement par une plus grande vulnérabilité – serait de l'ordre de 230 tués.

À titre de comparaison, 2 270 tués seraient, sur la même période, imputables à une alcoolémie non nulle au volant.

Conduite d'un véhicule chez les usagers de cannabis

L'étude SAM a permis par ailleurs de proposer une estimation de la prévalence du cannabis parmi l'ensemble des conducteurs « circulants » de 2,8 % (chiffre équivalent à celui de l'alcoolémie supérieure ou égale au seuil légal de 0,5 g/l). Qu'en est-il des déclarations des usagers de cannabis ?

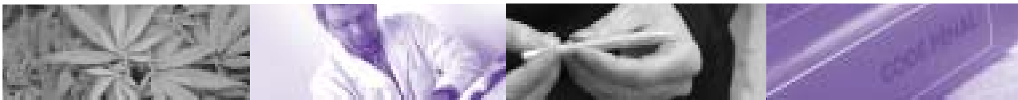
L'enquête ESCAPAD 2005 de l'OFDT, qui interroge les jeunes de 17-18 ans lors de la Journée d'appel de préparation à la défense, indique que 4,3 % d'entre eux déclarent avoir conduit un véhicule (essentiellement des deux-roues motorisées à ces âges) après avoir fumé du cannabis (5,8 % ayant également bu de l'alcool). Moins de 1 % disent l'avoir fait souvent. Enfin, 0,4 % déclarent avoir eu un accident de la route après avoir fumé du cannabis et 0,2 % après avoir fumé et bu de l'alcool (sans qu'il soit possible d'affirmer que les événements sont distincts) [53].

Une autre enquête conduite en 2004 par l'OFDT, portant sur de jeunes usagers réguliers de cannabis (âgés de 15 et 29 ans et ayant consommé au moins 20 joints au cours des 30 derniers jours), indique que 71 % de ces usagers déclarent avoir, au moins une fois au cours des

12 derniers mois, conduit un véhicule (voiture ou deux-roues motorisées) pendant ou après (dans un délai de moins de 4 h) avoir consommé du cannabis : 35 % l'ont fait souvent, 23 % de temps en temps et 13 % une ou deux fois [65].

Repères méthodologiques

Enquête « Consommateurs réguliers de cannabis » ; ESCAPAD ; SAM



La réponse publique en France

La réponse publique en France

Depuis la fin des années 1990, la réponse publique apportée aux problèmes liés à la toxicomanie est fondée sur une approche « globale » de l'usage, qui tient compte du comportement et non exclusivement du produit consommé. Cette orientation s'est traduite notamment par le choix d'une prévention généraliste (tous produits), essentiellement menée en milieu scolaire, qui consiste à rappeler l'interdit légal et à informer des risques sanitaires liés à l'usage de drogues, à côté d'une prévention plus ciblée développée dans les quartiers pointés comme défavorisés. Cette prévention des usages par la diffusion des connaissances a été initiée en France avec la publication, en 2000, de l'ouvrage *Drogues : savoir plus, risquer moins*, diffusé à près de cinq millions d'exemplaires. Elle s'est poursuivie sous une forme plus spécifique en 2005 avec une série de brochures d'information sur la consommation de cannabis et une campagne de sensibilisation aux effets de son usage (« le cannabis est une réalité »), relayée par un dispositif d'écoute sociale (ligne « Écoute cannabis ») et de consultations spécialisées visant les jeunes consommateurs et leur famille. En 2006 En 2006, un Guide d'intervention en milieu scolaire (qui organise la prévention selon les niveaux de la scolarité et les produits) met l'accent sur le cannabis en classes de 3e et 2de.

Pendant de nombreuses années, l'usage de cannabis n'a pas fait l'objet d'une prise en charge identifiée. Face à l'augmentation des demandes de traitement, qui atteignaient 18 % des demandes adressées aux centres de soins spécialisés français en 2003 (*vs* 11 % en 1997), les pouvoirs publics ont développé depuis 2005 un programme d'interventions brèves, fondées sur le repérage précoce, le diagnostic de l'usage nocif et des pathologies éventuellement associées, la prise en charge en cas de dépendance avérée. Ces consultations destinées aux jeunes consommateurs ont attiré au cours de la première année 16 000 usagers (pour une ou plusieurs séances) qui se sont avérés être, pour plus d'un tiers, dépendants au cannabis. Ces consultations, adossées au dispositif de soins préexistant (assocatif et hospitalier, en toxico-

manie comme en alcoologie et en tabacologie), semblent avoir accueilli un public nouveau qui n'aurait probablement pas eu recours aux structures traditionnelles de soins aux toxicomanes : mineurs accompagnés par un ou plusieurs parents, usagers adressés par l'environnement éducatif (médecin scolaire, assistante sociale), usagers interpellés orientés par les autorités judiciaires.

Au titre de la loi du 31 décembre 1970, la France interdit non seulement, à l'instar des autres pays de l'Union européenne, la détention et l'achat de stupéfiants mais également leur usage, passible d'une amende et d'une peine d'emprisonnement (cette dernière étant rarement appliquée dans la réalité). Chaque année, 90 000 personnes sont interpellées pour un usage de cannabis qui, vingt ans plus tôt, occasionnait près de 8 fois moins de procédures (12 000 par an environ). Cette montée en charge s'est accompagnée d'une diversification des réponses judiciaires, qui se sont majoritairement tournées vers des alternatives aux poursuites (rappel à la loi, injonction thérapeutique, etc.), conformément aux directives de politique pénale en vigueur depuis 1978.

En prenant en compte l'ensemble des dépenses supportées par la collectivité, au titre de ces différents volets de la réponse publique (répression, soins, etc.) et des pertes de revenus et de production afférentes à l'usage, on peut estimer le coût social du cannabis à 919 millions d'euros, soit 0,06 % du PIB en 2003. Son poids relatif est donc 40 fois moins important que celui de l'alcool (2,37 % du PIB) et 50 fois inférieur à celui du tabac (3,05 % du PIB en 2003).

L'enjeu d'une réponse publique intersectorielle et coordonnée, articulant les volets pénal, sanitaire, social et international, reste donc entier : il a été rappelé dans le *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008* et le *Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011* du ministère de la Santé adopté en novembre 2006.

14

La prévention et les dispositifs d'écoute et de soutien

Carine Mutatayi, Cristina Díaz Gómez

Faute d'un système d'information centralisé qui permettrait de dresser un tableau des actions locales de prévention, cette section est limitée aux orientations définies au plan national, aux actions et aux dispositifs mis en œuvre dans ce domaine, pour lesquels l'information est disponible. Elle pose en premier lieu les principes d'intervention en vigueur pour la prévention du cannabis, lesquels s'avèrent pour partie transversaux à la question générale des drogues, avant d'aborder les actions et les dispositifs publics spécifiques au cannabis.

Principes d'intervention et orientations de la prévention

La prévention des drogues n'est pas prise en compte par la loi de 1970 et, hormis de rares textes qui l'évoquent succinctement[24], seules quelques circulaires émanant de l'Éducation nationale traitent du sujet. Ce domaine a donc été délimité par différents plans nationaux ponctuels, notamment lors des dernières années. À ce titre, le *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008* [197] est le plus explicitement centré sur la question du cannabis, laquelle est au cœur de la mission gouvernementale de prévention et de plusieurs dispositifs nouveaux. Mais, avant d'évoquer les derniers développements dans ce champ, il convient d'en rappeler les constantes.

Les constantes de la prévention des usages de cannabis en France

Deux types de prévention coexistent en matière de drogues illicites – notamment en ce qui concerne le cannabis – selon le contexte d'intervention, scolaire ou non.

L'école demeure le cadre principal pour délivrer aux publics les plus jeunes les informations susceptibles d'induire chez eux des comportements favorables à leur

24. *Code de la santé publique (L1411-5 et L1411-6), code de l'Éducation (L541-3), loi de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004).*

santé. Jusqu'à la fin des années 1990, l'absence de parole institutionnelle claire sur les objectifs et les méthodes de prévention a fait de l'abstinence l'objectif implicite de la plupart des mesures préventives liées aux drogues illicites. Ce contexte est plutôt favorable à une prévention dite « universelle », visant à empêcher, ou à retarder, l'usage ou l'abus de drogues à travers des approches généralistes en population générale (l'hypothèse étant que les destinataires des actions partagent tous le même risque général face au problème, malgré des disparités individuelles). Parallèlement, les aspects les plus factuels, comme le rappel à la loi et l'information sur les risques sanitaires, compatibles avec l'approche magistrale propre au milieu scolaire français, sont des thèmes spontanément privilégiés.

Dans le même temps, une forme de prévention plus sélective est menée dans les « quartiers ». Ici, n'ayant plus à faire à des publics « captifs », les intervenants en prévention (principalement issus du secteur associatif) sont amenés à accueillir ou à aller au-devant des personnes concrètement confrontées au problème du cannabis. Face à des parcours individuels complexes, la prévention du cannabis requiert des approches plus personnalisées, plus ciblées, parfois à la frontière de la prise en charge. Elle renvoie également à des préoccupations pragmatiques, intermédiaires à l'objectif d'abstinence : la réduction des consommations et des risques, face aux comportements d'usages rencontrés sur le terrain.

Cette approche a trouvé un écho dans le discours institutionnel, au travers du plan gouvernemental, adopté en 1999.

Dernières évolutions de la prévention des usages de cannabis

Le *Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances de 1999-2001* [196] a marqué un tournant déterminant quant à la clarification des fondements et des buts de la prévention, à la lumière du rapport du Professeur Parquet de 1997 [235]. Il actait qu'un discours prônant exclusivement l'abstinence, sans faire cas des consommations qui subsistent malgré les interdits, passe sous silence les alternatives possibles à ces consommations ou aux risques associés, posture critique en matière de santé publique. Dès lors, il ne s'agissait plus seulement de contrer les usages, en retardant, si ce n'est en évitant, les premières consommations : la prévention devait désormais empêcher le passage à des usages plus dommageables et réduire les risques sanitaires ou sociaux encourus. En second lieu, ce plan a introduit une approche de prévention dite « globale », consistant à traiter la question des drogues à partir des comportements d'usages, des facteurs de risques et de protection, plutôt que de centrer le propos sur les produits eux-mêmes.

Le plan gouvernemental 2004-2008 réaffirme ces objectifs de prévention, mais révise la méthode générale de leur application en tenant compte « *des caractéristiques propres de chaque produit, des déterminants des conduites et des phénomènes culturels et générationnels* » [197, p.9]. Ce plan institue un programme spécifique sur le cannabis visant à modifier la perception des risques en soulignant ses implications sur le plan social et psychosocial (possi-

bilité d'une influence néfaste sur les résultats scolaires, les relations affectives, mais aussi sur la santé). Ainsi, à partir de la mise en œuvre du plan, le discours institutionnel est-il plus appuyé sur les drogues plus communément consommées par les publics jeunes, au premier chef sur le cannabis.

Pour sa part, le *Plan 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions* [27], adopté en novembre 2006 par le ministère de la Santé, se présente comme une réponse globale au problème des addictions en général.

Grâce à diverses mesures pour professionnaliser le domaine et harmoniser l'offre de prévention, certains concepts (documentés par la littérature scientifique internationale) ont progressé y compris auprès des acteurs non spécialisés : par exemple, l'insuffisance d'une démarche informative si elle n'est pas couplée à un travail sur les représentations, la pertinence des méthodes interactives, l'inefficacité d'une intervention basée uniquement sur les risques, la pertinence du développement de compétences psychosociales. Mais si les idées ont avancé, les *modus operandi* demeurent encore flous pour de nombreux acteurs. Enfin, notons que la prévention des drogues a été caractérisée par un faible interventionnisme de l'État en ce qui concerne ses formes concrètes, jusqu'à la diffusion, en 2006, d'un guide d'intervention en milieu scolaire [103].

Les grands programmes de prévention liés au cannabis

Une programmation obligatoire en milieu scolaire

Le plan gouvernemental de 2004-2008 pose le principe d'une « *école qui offre aux élèves à chaque niveau et dans tous les secteurs d'enseignement, avec un taux de couverture et une qualité satisfaisants, une éducation préventive adaptée contre l'alcool, le tabac, le cannabis et les drogues de synthèse* » [197]. En cela, il fait écho à la circulaire promulguant la mise en place d'un programme quinquennal de prévention et d'éducation pour la période de 2004 à 2008[25]. En conséquence, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et le ministère de l'Éducation nationale ont lancé un guide d'aide à la mise en œuvre de cette nouvelle programmation de prévention dans l'ensemble des classes du CM2 à la terminale.

Le guide d'intervention en milieu scolaire concerne les produits les plus consommés par les jeunes. Il rassemble les éléments factuels utiles au dialogue, au choix des approches ou à l'évaluation, puis propose quatre plans d'intervention. Chacun d'eux est dédié à des niveaux de classes précis et développe plus particulièrement le sujet du tabac, de l'alcool, du cannabis ou des polyconsommations. Celui dédié aux élèves de 3e et de 2de est

25. Circulaire n° 2003-210 du 11 décembre 2003, NOR : MENE0302706C.

plus particulièrement axé sur le cannabis et vise à prévenir son expérimentation ou celle d'autres substances psychoactives.

L'action ainsi définie doit faire émerger collectivement les représentations des élèves sur les effets, les risques et les raisons à l'origine des consommations, avant de les étayer par les informations scientifiquement validées. Puis la démarche de prévention doit faire comprendre aux élèves les fondements des interdits législatifs afin qu'ils y adhèrent au mieux. Enfin, il s'agit de stimuler des compétences psychosociales, telle que l'estime de soi, la capacité à s'affirmer, la responsabilisation afin de préserver les élèves des pressions extérieures et des facteurs de risques susceptibles de les porter vers la consommation de cannabis.

Le guide, expérimenté au début de l'année 2005 auprès de 80 établissements scolaires, a été diffusé à l'ensemble des écoles élémentaires, collèges et lycées français, à l'automne 2005. Son exploitation n'a pas été évaluée.

Les campagnes itinérantes

Il convient de citer deux dispositifs de sensibilisation mobiles et généralistes sur les drogues mais qui, de par leur cœur de cible, traitent systématiquement du cannabis.

La Mission de lutte antidrogue (MILAD[26]), unité de coordination au ministère de l'Intérieur en matière de lutte antidrogue, gère une campagne itinérante d'information et de prévention des toxicomanies. Celle-ci, organisée avec le concours du Service de l'information et des relations publiques du ministère de l'Intérieur (SIRP), figure parmi les dispositifs pérennes de prévention. Elle s'appuie sur un camion podium qui se déplace sur de nombreux sites, notamment dans des établissements scolaires et, pendant la période estivale, sur les côtes françaises. Cette plate-forme peut recevoir jusqu'à 40 personnes dans un espace d'exposition sur les produits. Quatre policiers formateurs antidrogue (PFAD) sont chargés de l'accueil du public (adolescents, parents, enseignants, etc.).

La MILDT a initié une campagne équivalente, intitulée *Drogland*, portée par l'association Civisme et démocratie (CIDEM). Celle-ci est constituée de plusieurs containers créant divers espaces (médiathèque, cinéma, galerie, borne de témoignages). Elle a pour but d'informer des publics jeunes (13-24 ans) et adultes (parents, enseignants) sur les usages des drogues les plus courantes, sur les risques associés, sans occulter la dimension hédoniste de ces substances. Le dispositif permet d'organiser en parallèle des débats et des forums de discussion, le projet de prévention étant réalisé en lien avec les partenaires institutionnels locaux (collectivités territoriales, services de santé publique, de l'Éducation nationale, de la police, de la gendarmerie et de la justice, réseaux associatifs sociosanitaires ou socio-éducatifs). De novembre 2005 à la fin de l'année 2006, elle s'est déplacée dans une quinzaine de villes.

26. Sous l'autorité du directeur général de la police nationale, la MILAD est chargée de coordonner la politique des services du ministère de l'Intérieur en matière de lutte contre l'usage, le trafic de stupéfiants et le blanchiment de l'argent généré et en matière de prévention.

LES CAMPAGNES MÉDIATIQUES NATIONALES

Lors des dix dernières années, la question du cannabis a fait l'objet de stratégies de communication variées. On peut ainsi distinguer des campagnes de nature généraliste (« tout produit ») ou spécifiques (consacrées exclusivement au cannabis), des actions adressées au « grand public » (jeunes, parents) ou destinées aux professionnels, des campagnes plus ou moins mobilisatrices (incitant à réfléchir sur les consommations à risques, à établir le dialogue ou à arrêter de consommer) ou enfin, des campagnes télévisées, radio, presse ou mixtes qui combinent les différents supports afin d'atteindre plus aisément leur cible.

D'une approche généraliste à une campagne sur le cannabis

Avant 1999, les campagnes généralistes sur les substances psychoactives étaient rares, la dernière remontant à 1994. Elles s'attachaient davantage à rappeler l'interdit de la loi qu'à dispenser des connaissances validées auprès du grand public ou des professionnels. Entre 1999 et 2002 (et surtout à partir de 2000 avec le livre *Drogues : savoir plus, risquer moins*), les données scientifiques relatives au cannabis (ses effets et ses risques potentiels) ont été largement et périodiquement diffusées, à travers des campagnes généralistes. Jusqu'à 2005, seuls le tabac et l'alcool ont fait l'objet d'actions de communication spécifiques. En adoptant le plan quinquennal de 2004-2008, le gouvernement a fait de la prévention de l'usage de cannabis une de ses priorités. Menée par le ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, la MILDT et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la campagne « Le cannabis est une réalité » s'inscrit dans ce cadre. Celle-ci confronte l'image répandue d'un produit naturel et inoffensif à ses effets négatifs, sous forme de témoignages de jeunes consommateurs, en soulignant certains risques (difficultés scolaires, perturbation des relations affectives, dépendance au produit et intoxication aiguë). Lancée en février 2005 et reconduite partiellement en 2006[27], cette campagne a été destinée prioritairement aux jeunes (diffusion de 6 spots différents à la télévision du 8 au 27 février et de 8 spots à la radio du 8 février au 6 mars). Quatre annonces différentes dans la presse (principalement la presse quotidienne nationale) ont également été adressées aux parents, du 14 au 25 février. En parallèle, trois brochures informatives destinées aux jeunes, aux parents et aux personnes qui souhaitent arrêter de consommer du cannabis, ont été diffusées à près de 3,5 millions d'exemplaires au total.

Perception de la campagne de 2005

On ne dispose pas d'élément d'évaluation concernant l'impact de la campagne de communication sur l'évolution des représentations du grand public

27. En novembre 2006, la campagne est reprise exclusivement dans des radios « jeunes ». Parallèlement, une action a été menée auprès des professionnels de santé (et plus spécifiquement auprès des médecins généralistes) : distribution d'un « Repères pour votre pratique » spécial cannabis, accompagné d'une affichette sur la ligne « Écoute cannabis », afin de mieux faire connaître ce numéro auprès des médecins.

Figure 30 : Scores d'impact des post-tests des campagnes grand public entre 2000 et 2006

Mémorisation * ou reconnaissance	***Agrément****	***Implication****	***Incitation****
1 - Avril-mai 2000 : « Drogues : savoir plus, risquer moins » (Grand public)			
66 % de reconnaissance (81 % chez les 15-24 ans)	77 % (86 % chez les 15-24 ans)	46 % (48 % chez les 15-24 ans)	37 % des personnes incitées à acheter le livre** (47 % des jeunes)
2 - Été 2001 : « Il n'y a pas meilleure influence que la vôtre » (Adultes référents)			
39 % de mémorisation spontanée	73 %	86 %	80 % des personnes incitées à établir le dialogue avec les jeunes
3 - Janvier-février 2002 : « Pour savoir où vous, VOUS en êtes » (Jeunes de 15-25 ans)			
34 % de mémorisation spontanée chez les 15-25 ans	85 % chez les 15-25 ans	40 % chez les 15-25 ans (54 % chez les usagers de cannabis consommant dans un cadre festif)	17 % des jeunes de 15-25 ans incités à réfléchir sur leurs consommations (19 % pour des usagers de cannabis consommant dans un cadre festif)
4 - Février-mars 2005 : « Le cannabis une réalité » (Jeunes de 15-24 ans en priorité et parents des 11-20 ans)			
74 % de mémorisation spontanée chez les parents et 83 % chez les jeunes de 15-24 ans ; 94 % de reconnaissance chez les parents et 97 % chez les 15-24 ans	89 % chez des parents et 82 % chez les jeunes de 15-24 ans	37 % des parents et 33 % des jeunes (47 % des consommateurs actuels de 15-24 ans se sentent personnellement concernés par la campagne)	86 % des parents et 82 % des jeunes de 15-24 ans prennent conscience des risques du cannabis ; 3 % des parents et 67 % des jeunes de 15-24 ans contre 71 % des parents incités à parler du cannabis dans les familles et 60 % des jeunes incités à parler avec quelqu'un de compétent
Service d'information du gouvernement pour les campagnes d'information et de prévention des ministères			
40 % et 45 % de mémorisation spontanée. Non fourni pour la reconnaissance.	70 %	Non fourni	Non fourni

** Voir les définitions données p.120.*
Source : Enquête post-test, INPES.

** Drogues : savoir plus, risquer moins, *diffusé au total à près de 5 millions d'exemplaires (dont 1 million vendus).*

et moins encore sur le changement des comportements. On peut cependant trouver, grâce aux post-tests de l'INPES [153], des informations relatives à la perception momentanée de la campagne sur quatre aspects :

- notoriété : se souvenir d'avoir vu, lu ou entendu la campagne faisant l'objet de l'enquête et reconnaître au moins un élément de la campagne après avoir vu les spots radio, TV ou annonces presse ;
- agrément : avoir aimé au moins un élément de la campagne ;
- implication : se sentir personnellement concerné par la campagne parmi ceux qui ont reconnu au moins un élément de la campagne ;
- intentionnalité ou incitation : se sentir enclin à changer son comportement conformément aux objectifs de la campagne.

Globalement, les scores obtenus pour cette campagne sont largement au-dessus des scores moyens de référence identifiés par le Service d'information du gouvernement (SIG) pour l'ensemble des campagnes publiques d'information ou de prévention des pouvoirs publics. Ces scores n'ont pas été calculés pour les campagnes portant exclusivement sur les addictions. Le rapprochement avec les scores des campagnes généralistes dans ce domaine (campagnes menées entre 2000 et 2002) apporte des points de repères supplémentaires (voir Figure 30).

La mémorisation spontanée de la campagne « Le cannabis est une réalité » s'avère plutôt élevée (83 % en 2005 contre 34 % en 2002 et 81 % en 2000). En termes de reconnaissance, les scores observés sont également très importants puisque 97 % des jeunes déclarent reconnaître au moins un élément de la campagne après avoir vu les spots TV, les annonces presse et écouté les spots radio. Les niveaux d'agrément sont assez élevés et peu éloignés d'une campagne à l'autre (86 % en 2005, 85 % en 2002 et 82 % en 2005). Concernant le potentiel incitatif de cette campagne par rapport à ses objectifs, il est à noter que 82 % des 15-24 ans disent avoir pris conscience des risques du cannabis ; 67 % d'entre eux se déclarent incités à parler du cannabis dans les familles et 60 % avec quelqu'un de compétent.

Concernant le degré d'implication de la campagne « cannabis », les réponses données sont plus nuancées. Si seul un tiers (33 %) des 15-24 ans se déclare concerné personnellement par la campagne (40 % en 2002 et 48 % en 2000), ce chiffre est de 48 % parmi les individus qui consomment actuellement du cannabis. Parmi ceux se sentant concernés, 50 % le sont parce que le cannabis est à leurs yeux un problème de société, 32 % des jeunes se sentent concernés pour quelqu'un de leur entourage et 7 % le sont pour eux-mêmes.

De la part des fumeurs actuels de cannabis, certaines opinions à l'égard de la campagne sont plus mitigées. Ainsi, parmi eux, un quart considère que la campagne n'est pas crédible et 43 % la jugent peu convaincante. Par ailleurs, 38 % d'entre eux estiment que la campagne inciterait à arrêter de fumer du cannabis.

Première campagne cannabis et Sécurité routière

La première campagne nationale de prévention de l'usage de cannabis au volant a été lancée en 2006 (du 24 mai au 10 juin) conjointement par la MILDT et la

Délégation interministérielle à la Sécurité routière (DISR). Cette campagne s'articulait autour d'un dispositif constitué de trois éléments : deux spots radio ainsi que des affiches et des dépliants ; un site internet (www.cannabisetconduite.fr) et enfin un forum de discussion (actif sur la période de la campagne). Destinée en priorité aux jeunes, la campagne rappelait les principales conséquences de la consommation du cannabis en voiture ou en deux-roues (perte de contrôle, altération des réflexes et baisse de la vigilance) et alertait sur le risque pris – pour soi-même et pour les autres – quand on conduit après avoir consommé du cannabis. La campagne s'est appuyée sur des résultats chiffrés de l'étude épidémiologique « Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière » (SAM) : 230 décès dus au cannabis par an, un risque d'être responsable d'un accident multiplié par 2 pour le cannabis seul et par 15 pour le cannabis associé à l'alcool (voir chapitre 13). Le site internet reprenait également les éléments récents de législation.

La téléphonie sociale

Pour relayer les actions de communication relatives au cannabis, les pouvoirs publics s'appuient sur les dispositifs permanents d'accueil, d'écoute et de soutien mis à la disposition du grand public. Parmi eux, il existe des dispositifs axés sur le cannabis, récemment créés, dans le domaine de la téléphonie sociale (« Écoute cannabis ») ou de la prise en charge (« Consultations cannabis » – voir chapitre 15). Il existe également des structures généralistes, dont la plupart sont en place depuis des années, qui traitent l'ensemble des problématiques liées directement (telle la ligne DIS « Drogues info Service ») ou non aux substances psychoactives (par exemple, les lignes « Fil Santé Jeunes », « Ligne Azur », « Croix-Rouge Écoute », « Écoute famille » ou le dispositif de soutien « Points d'accueil et d'écoute jeunes »). Les données d'activité de ces dernières structures ne permettent pas d'isoler ce qui concerne spécifiquement le cannabis.

Appels relatifs au cannabis en téléphonie sociale (DATIS)

Avant 2005, il n'existait qu'un service national d'accueil téléphonique unique pour l'information et la prévention sur les drogues et les toxicomanies (ligne « Drogues Alcool Tabac Info Service »). Cette ligne a été remplacée par trois nouveaux numéros : « DIS », « Écoute alcool » et « Écoute cannabis ». La création de la ligne spécifique « Écoute cannabis » remonte à décembre 2004. Ce numéro est accessible 7 jours sur 7, de 8 h à 20 h, au prix d'une communication locale, pour toute personne souhaitant s'informer sur le cannabis ou bénéficier d'une écoute, d'un conseil et d'une orientation en la matière. Il s'agit de la seule ligne spécifique au cannabis. À la différence d'« Écoute cannabis », la ligne « DIS » fonctionne en permanence et est gratuite depuis un poste fixe.

Si l'on examine les données fournies par l'opérateur DATIS sur le recours du public aux lignes « Écoute cannabis », « DIS » et « Écoute alcool » sur toute l'année 2005, il ressort que le cannabis est cité dans presque la moitié des appels, ce qui ne signifie pas qu'il constitue forcément l'objet principal de l'appel. Plus précisément, ces appels ont représenté 43 %

de l'activité des écoutants de DATIS lors de cette première année de fonctionnement sur ces trois lignes. Ceci dit, lors du même appel, d'autres substances pouvaient être citées également. Par ailleurs, on observe que la ligne « Écoute cannabis » n'a pas concentré à elle seule la totalité des appels pour lesquels le cannabis est cité, ce type d'appels ayant concerné également plus d'un tiers des appels sur « DIS ». En moyenne par jour, la ligne « DIS » a cumulé le plus grand nombre d'appels au cours desquels le cannabis est cité (48 appels), la ligne spécifique au cannabis ne recevant qu'une dizaine d'appels. Ces chiffres contrastent avec le volume important d'appels enregistré du 8 février au 6 mars 2005, période pendant laquelle la campagne de communication « Le cannabis est une réalité » a été mise en œuvre [98]. Par exemple, sur la ligne « Écoute cannabis », DATIS a décompté jusqu'à 482 appels par jour en moyenne lors du mois de février 2005.

Le système d'information de DATIS permet également de décrire succinctement les caractéristiques des appelants et le type des demandes effectivement traitées par ces écoutants. Si l'on s'intéresse aux appels citant le cannabis sur ces trois lignes et qu'on les compare aux données d'activité de la ligne « Écoute cannabis » au moment de la campagne, on peut noter les éléments suivants :

- les appels des usagers se sont maintenus globalement à un niveau légèrement plus bas que lors de la campagne (38 % *vs* 42 %), ceux issus de l'entourage ont été sensiblement plus élevés (57 % *vs* 53 %) ;
- en ce qui concerne l'âge des appelants usagers, les 20-30 ans n'ont pas été aussi nombreux que pendant la campagne (42 % *vs* 51 %) ;
- s'agissant des demandes des appelants tout au long de l'année 2005, beaucoup ont concerné des questions d'information (3 sur 5 appels, qu'il s'agisse des usagers ou de l'entourage), les demandes de soutien arrivant en deuxième lieu (46 % des appels parmi l'entourage, 37 % des demandes chez les appelants usagers). Au moment de la campagne, les appelants ont été plus intéressés par les demandes de conseil.

Repères méthodologiques

Post-test de la campagne 2005 « Le cannabis est une réalité »

15

Prise en charge sanitaire pour un problème lié au cannabis

Christophe Palle, Ivana Obradovic, Laure Vaissade

Des consommateurs de cannabis, jeunes ou moins jeunes, sont pris en charge depuis de nombreuses années, soit dans le cadre des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), soit par des professionnels et des institutions non spécialisés (médecins de ville, hôpital). En complément de cette offre de soins, un dispositif spécifique d'accueil des jeunes consommateurs de cannabis a été créé au cours du second semestre 2004. Avant la mise en place du dispositif des « consultations cannabis », on disposait donc déjà de données sur le nombre de personnes reçues dans le cadre du dispositif général d'addictologie et sur leur profil, sans précision toutefois sur les modalités de prise en charge.

Prise en charge dans les structures de soins non spécifiquement dédiées au cannabis

Plusieurs enquêtes permettent de suivre l'évolution des recours aux structures spécialisées en toxicomanie, depuis la fin des années 1980 jusqu'à aujourd'hui. Les hospitalisations pour usage de cannabis s'avèrent plus difficiles à dénombrer. Enfin, aucune information n'est disponible sur les prises en charge de consommateurs de cannabis en médecine de ville.

Des prises en charge dans les CSST en forte augmentation

Les CSST ont été créés dans les années 1970 pour accueillir de façon anonyme et gratuite les consommateurs de drogues illicites, dont ceux de cannabis. Les données issues d'une même enquête, menée régulièrement sur les personnes venues consulter dans ces structures, montrent que le nombre de personnes en difficulté avec le cannabis accueillies pendant le même mois de l'année est passé de 600 en 1989 à 3 700 en 2003 (Figure 31) [62, 63]. Cette tendance à l'augmentation du nombre des prises en charge est cependant générale : sur la même période, l'ensemble des recours, quel que soit le produit en cause, a été multiplié par trois. Jusqu'en 1997, l'augmentation des prises en charge liée au cannabis a suivi la tendance globale, la part relative du

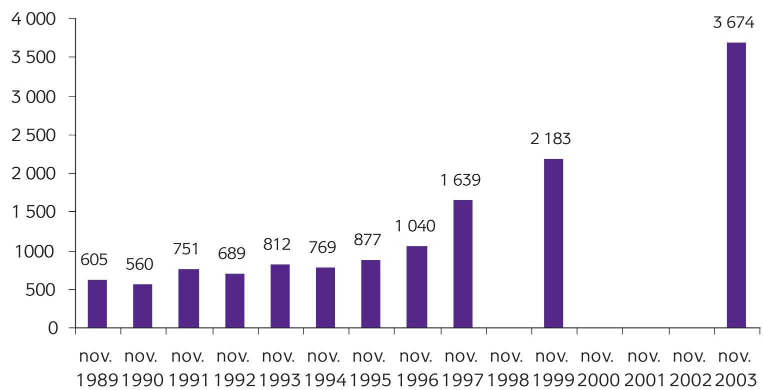
cannabis étant restée constante autour de 11 %. Depuis 1997, les prises en charge liées à l'usage de cannabis progressent beaucoup plus vite que les autres, la part relative de ce produit atteignant 18 % en novembre 2003.

Depuis 2001, les données issues des rapports d'activité annuels permettent d'estimer le nombre de personnes vues chaque année pour un usage de cannabis dans les CSST : environ 12 000 en 2001 et 23 000 en 2004, soit un quasi doublement en trois ans [234]. Cette tendance se poursuit en 2005 : à partir des données recueillies par les CSST ambulatoires dans le cadre de RECAP (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge), le nombre de patients en difficulté avec leur consommation de cannabis rencontrés dans les CSST en 2005 serait de l'ordre de 25 000 à 26 000 personnes [288].

Des hospitalisations en nombre limité

L'enquête menée dans les CSST chaque année en novembre était conjointement réalisée dans les hôpitaux auprès de patients hospitalisés en raison de leur consommation de drogues illicites ou hospitalisés pour un autre motif, mais ayant une consommation régulière et prolongée de drogues illicites ou de médicaments détournés de leur usage [62, 63]. L'enquête de novembre 1989 recensait 340 consommateurs de cannabis hospitalisés ; on en dénombrait trois fois plus dix ans plus tard (soit 1 100 patients en novembre 1999). Par ailleurs, en novembre 1997, près de 90 % des patients recensés comme connaissant des difficultés avec le cannabis étaient hospitalisés dans des services de psychiatrie. La limite de ces chiffres tient à l'impossibilité de déterminer si les patients ont été

Figure 31 : Nombre de personnes prises en charge pour usage de cannabis dans les CSST au cours du mois de novembre, 1989-2003



Note : enquête non réalisée en 1998, 2000, 2001 et 2002

Source : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans le système sanitaire et sociale en novembre, 1989 à 2003, SESI/ DREES.

hospitalisés du fait de leur usage de substances ou pour un tout autre motif qui peut n'avoir aucun lien avec la consommation de cannabis.

Les données du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) relative au nombre de séjours hospitaliers suivant un diagnostic principal de troubles du comportement liés à l'usage de cannabis permettent de compléter les informations précédentes : en augmentation depuis la fin des années 1990, ce chiffre est passé de 262 en 1998 à 613 en 2004 [234]. Il ne peut cependant être exclu que cette augmentation soit en partie liée à un meilleur enregistrement de ce type de diagnostic. Il peut être mentionné, à titre de comparaison, qu'en 2004, le PMSI recensait près de 100 000 séjours avec un diagnostic principal de troubles du comportement lié à la consommation d'alcool (soit un séjour au titre du cannabis pour 163 au titre de l'alcool). Le nombre d'hospitalisations directement liées à la consommation de cannabis reste donc assez faible, quoiqu'en augmentation apparente.

Des consommateurs de cannabis sont également vus à l'hôpital dans un cadre ambulatoire (sans hospitalisation) au sein de consultations en addictologie. On ne dispose pas à l'heure actuelle de données permettant d'évaluer le nombre de ces patients.

Des usagers de cannabis plus jeunes et dans une meilleure situation socio-économique

D'après les données de RECAP (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge), la drogue principale[28] mentionnée le plus fréquemment est le cannabis, devant l'héroïne et les autres opiacés : 38 % des patients ayant recours aux CSST ambulatoires en 2005 ont des problèmes liés à l'usage de cannabis contre 35 % pour l'héroïne et les autres opiacés. L'écart s'accentue si l'on s'intéresse uniquement aux nouveaux patients : en 2005, le cannabis est la drogue principale pour 44 % des nouveaux patients, contre moins de 28 % pour l'héroïne et les autres opiacés.

Les usagers de cannabis rencontrés dans les CSST se distinguent depuis les années 1980 par une proportion plus élevée d'hommes et surtout par un âge moyen nettement inférieur à celui des autres consommateurs de drogues ; d'après les données de RECAP, on compte en 2005 85 % d'hommes chez les personnes prises en charge pour usage de cannabis (contre 77 % chez les autres usagers) et leur âge moyen s'établit à 24,5 ans contre 32,8 ans pour les autres. En outre, 61 % des consommateurs de cannabis ont moins de 25 ans contre 21 % chez les autres. Pour observer le profil spécifique des usagers de cannabis pris en charge, il est donc nécessaire de tenir compte de cette différence d'âge. Les comparaisons sont menées sur deux groupes de population, le premier comprenant des individus âgés de moins de 25 ans, le second des personnes âgées de 25 ans et plus.

Les consommateurs de cannabis âgés de moins de 25 ans accueillis dans les CSST vivent dans un environnement socio-économique plus stable que les jeunes de la même tranche d'âge pris en charge pour d'autres drogues : 72 % d'entre eux habitent chez leurs parents

28. Drogue principale : produit consommé récemment, au cours du mois passé, et causant le plus de dommages à l'usager.

(contre 53 % chez les autres consommateurs), dans un logement stable pour 86 % (contre 73 %) ; les ressources de plus de 40 % d'entre eux proviennent de tiers (contre 25 % chez les autres), 44 % d'entre eux sont étudiants ou lycéens (contre 25 %). Ils font moins souvent état de problèmes plus aigus (hospitalisation pour un problème psychiatrique ou tentative de suicide ou incarcération) : 16 % contre 31 % chez les autres consommateurs.

Différences moins marquées pour les consommateurs plus âgés

Chez les 25 ans et plus, la plupart de ces différences de profils demeurent mais sont beaucoup moins marquées qu'avant 25 ans, en particulier pour le sexe, le logement, les ressources et les antécédents de prise en charge, psychiatriques et judiciaires.

Dans le groupe des 25 ans et plus, les usagers de cannabis ont en moyenne 32,2 ans (contre 35,7 ans pour les autres drogues) et la part des plus de 40 ans est faible (14 % contre 27 %). Ils sont moins nombreux à avoir des enfants (36 % contre 46 %). Leur situation socio-économique générale est légèrement meilleure : ils sont 33 % à avoir au moins le niveau du baccalauréat (contre 28 % pour les usagers d'autres drogues illicites), 46 % ont des revenus issus d'activités rémunérées (contre 37 %) et 45 % sont au chômage ou inactifs (contre 55 % chez les usagers d'autres drogues illicites). La fréquence des antécédents de prises en charge sanitaire, psychiatrique et judiciaire, sensiblement inférieure chez les usagers de cannabis, est plus élevée chez les plus de 25 ans : 21 % ont déjà été pris en charge pour des problèmes liés à l'usage de drogues, 26 % ont été hospitalisés pour raisons psychiatriques, 19 % ont déjà fait une tentative de suicide et 30 % ont été incarcérés au moins une fois.

La prise en charge au titre du cannabis en milieu carcéral

Parmi les détenus reçus dans les CSST intervenant en milieu pénitentiaire, plus d'un sur cinq (21,7 %) cite le cannabis comme produit principal à l'origine de la demande de prise en charge sanitaire, au même niveau que les opiacés (21,2 %). Le cannabis arrive aussi en tête comme deuxième (25,8 %) et troisième (39,4 %) produit le plus cité, ce qui laisse penser qu'une majorité des détenus vus dans ces CSST estiment rencontrer des problèmes de santé liés au cannabis (à titre principal ou secondaire) [234].

En milieu carcéral, le cannabis est le premier produit illicite déclaré (usage dans les 12 mois précédant l'incarcération) et c'est le seul pour lequel la consommation récente est en hausse (entre 1997 et 2003) ; la proportion d'entrants déclarant une utilisation prolongée et régulière de cannabis dans les 12 mois précédant l'incarcération est passée de 25,6 % des entrants à 29,8 % entre 1997 et 2003 [204].

PRISE EN CHARGE DANS LES CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES

Un dispositif dédié aux usagers de cannabis et à leur famille

Au cours du second semestre 2004, un dispositif de consultations spécialisées, anonymes et gratuites, destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et d'autres substances psychoactives et à leur famille a été mis en place [14], en application du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 [197]. Leur objectif est de proposer une évaluation de la consommation et un diagnostic en cas de consommation nocive ; d'offrir une information et un conseil personnalisés aux usagers à risques et une prise en charge brève aux jeunes ayant un usage nocif sans complications sociales ou psychiatriques ; d'accompagner ou de proposer une orientation aux jeunes en situation d'abus ou de dépendance ; d'offrir, enfin, un accueil aux parents en difficulté face à la consommation de leurs enfants, avec la possibilité de séances conjointes parents-enfants.

Ces consultations jeunes consommateurs ont été adossées aux structures médicales ou médico-sociales spécialisées existantes : 75 % sont rattachées à un centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST), 15 % à un service hospitalier, 8 % à un centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et 2 % à une structure mixte CSST-CCAA. En 2005, les « consultations cannabis » ont été financées à hauteur de 3,8 millions d'euros. En mars 2005, 259 consultations de repérage et de diagnostic précoce étaient déclarées ouvertes (au moins une par département) ; elles étaient 280 en octobre 2006. Pendant les 12 premiers mois d'activité des consultations cannabis (de mars 2005 à février 2006), environ 16 000 consommateurs ont été vus (une fois ou plus) et quelque 13 000 personnes de l'entourage des consommateurs (parents, conjoints, amis) ont été accueillies[29].

Un public plus jeune que dans les CSST

Les personnes accueillies sur une période d'enquête d'un mois en 2005 (15 mars-15 avril) sont pour près des deux tiers des nouveaux consultants [215]. Les garçons sont majoritaires parmi eux (80 %). L'âge moyen des usagers est de 21 ans et 2 mois : il est similaire chez les garçons et chez les filles. La plupart des consommateurs (90 %) ont entre 14 et 25 ans.

Avant 20 ans, la grande majorité des consommateurs sont élèves ou étudiants. Leur profil scolaire diffère de celui des adolescents du même âge en population générale : à 18 ans, ils sont moins souvent scolarisés (78 % des consultants, *vs* 96 % des jeunes du même âge) ; à cet âge, ils sont aussi plus souvent inscrits dans des filières d'apprentissage ou de formation alternée (25 % des consultants, *vs* 12 % des jeunes interrogés dans ESCAPAD 2003 [48]). Les consommateurs âgés de plus de 25 ans sont en majorité des actifs occupés.

29. Ces informations proviennent du système d'information mensuel mis en place dans les consultations d'évaluation jeunes consommateurs (SIMCCA).

Une moyenne de six joints par jour pour 45 % des consultants

Près de la moitié des consultants consomment du cannabis tous les jours (45 %), un sur cinq en fait un usage régulier mais pas quotidien (10 à 29 usages dans le mois passé) et le tiers restant en use occasionnellement (10 % n'ont pas du tout consommé de cannabis au cours des 30 derniers jours). Les usagers quotidiens déclarent fumer en moyenne 6 joints par jour. La fréquence et l'intensité de l'usage apparaissent étroitement corrélées : 53 % des usagers quotidiens de cannabis disent fumer au moins 5 joints un jour de consommation, *vs* 28 % des usagers réguliers (voir chapitres 1 et 4).

Les outils de repérage utilisés pour élaborer le diagnostic sont hétérogènes d'une structure à l'autre : les consultations cannabis utilisent en général un ou plusieurs outils de dépistage des consommations problématiques, mais 13 % délivrent un diagnostic sans l'appui de tests. Dans ces conditions, plus du tiers des consultants est diagnostiqué dépendant au cannabis (51 % des consommateurs de plus de 25 ans contre 33 % des moins de 25 ans). Le diagnostic de dépendance est d'autant plus fréquent que le consultant est âgé (32 % entre 17 et 19 ans, 80 % entre 29 et 34 ans). La moitié des mineurs ou jeunes adultes sont repérés comme étant en situation d'usage à risques ou d'usage nocif (48 % contre 35 % chez les 25 ans et plus). Près de 20 % de ce jeune public fait cependant état d'une consommation qui ne présente pas de risque avéré.

Les instruments de repérage les plus couramment utilisés sont des grilles d'évaluation internes (environ 40 % des consultations cannabis), devant les tests validés (le plus souvent cité est le CAST – voir chapitre 5). Quel que soit l'instrument utilisé, la durée de la prise en charge est cohérente avec le résultat du repérage : les usagers diagnostiqués en situation d'abus ou de dépendance font l'objet des suivis les plus longs.

Un consultant sur cinq déclare un usage régulier d'alcool

L'usage de substances psychoactives licites est courant parmi les consommateurs venus en consultation : le tabagisme est très fréquent (93 % des usagers quotidiens de cannabis) ; l'usage régulier d'alcool concerne près de 20 % des consultants. Ce dernier est corrélé à l'usage régulier de cannabis : parmi les usagers quotidiens de cannabis, 14 % sont aussi des buveurs quotidiens d'alcool (les garçons un peu plus souvent que les filles).

L'expérimentation d'ecstasy concerne 25 % des consultants âgés de 17-18 ans : ce taux est légèrement supérieur à celui relevé parmi les usagers réguliers de cannabis en population générale (21 % des usagers réguliers de 17-18 ans interrogés dans l'enquête ESCAPAD 2003). Cette proximité de profils se retrouve pour l'usage récent d'ecstasy (dans les 30 derniers jours).

Part importante d'orientations judiciaires chez les garçons

Les circonstances du recours aux consultations cannabis sont différentes selon le sexe : chez les garçons, 40 % des recours relèvent d'une injonction judiciaire (injonction thérapeutique ou classement avec orientation vers une structure sanitaire), contre 30 % de consultations solli-

citées sur suggestion d'un tiers (entourage familial ou éducatif) et 30 % de démarches spontanées. Chez les filles, les recours spontanés arrivent en tête (41 %), devançant les démarches sur suggestion d'un tiers (40 %), loin devant les orientations judiciaires (19 %).

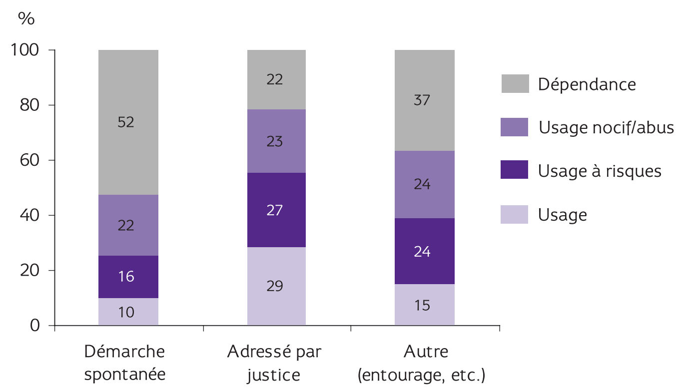
Les modalités de recours sont différemment structurées par âge : avant 20 ans, la consultation fait suite à la suggestion d'un tiers dans la moitié des cas ; entre 20 et 28 ans, elle est induite par une décision judiciaire (46 %), en particulier chez les garçons ; à partir de 29 ans, les demandes spontanées deviennent prépondérantes. Elles sont étroitement corrélées au type d'usage repéré par les cliniciens : la part des profils d'usage relevant d'une consommation abusive ou d'une dépendance au cannabis est particulièrement élevée parmi les demandeurs spontanés ; à l'inverse, elle est faible parmi les consultants adressés par la justice, qui bénéficient donc de suivis plus courts. Les consultants orientés par la justice ne présentent donc pas nécessairement des consommations problématiques de cannabis, ce qui s'explique par le fait que les usagers interpellés par les services répressifs (et adressés en consultation par le biais du système pénal) le sont pour des raisons qui relèvent d'une logique policière et non sanitaire : il s'agit plus souvent, par exemple, d'usagers consommant dans l'espace public et en groupe [40, 239].

L'importance décisive d'un suivi par des professionnels de santé

La prise en charge se déroule sur deux séances en moyenne, mais ce nombre varie selon la gravité du diagnostic d'usage. Les usagers dépendants bénéficient de suivis en moyenne plus longs : plus de la moitié sont vus au moins 3 fois. Le délai d'attente pour un premier rendez-vous est d'une semaine environ.

Lors du premier contact, les consommateurs sont le plus souvent vus par un psychologue (35 %). Environ 25 % sont

Figure 32 : Diagnostic d'usage des consommateurs accueillis dans les « consultations cannabis », selon la modalité de recours, en 2005 (n=2457)



Source : Enquête un mois donné dans les « consultations cannabis », OFDT.

reçus par un éducateur, 21 % par un infirmier et 12 % par un médecin. Selon le diagnostic établi par le professionnel, les consultants sont invités à poursuivre l'évaluation ou non. La moitié des usagers « simples » ne sont pas revus après la première consultation ; à l'inverse, 80 % des usagers diagnostiqués en situation d'usage nocif ou de dépendance poursuivent l'évaluation. Les consommateurs peuvent également être orientés vers une autre structure : c'est le cas d'environ 10 % des usagers occasionnels (simples ou jugés à risques) qui sont adressés vers un groupe de parole ou un « point écoute ». Lorsque le diagnostic révèle un usage problématique, les structures qui prennent le relais sont le plus souvent des CSST.

La durée moyenne du suivi d'un consultant à partir de la première visite est d'un mois : elle dépend par définition du nombre de visites. Un tiers des consultants environ abandonne le suivi en cours : ce taux de décrochage s'explique en partie par l'allongement du délai d'attente à partir du deuxième rendez-vous et par la spécialité du clinicien rencontré lors du premier contact : ainsi, être vu par un professionnel de santé divise par deux les risques d'un décrochage. Cet effet « professionnel » est particulièrement marqué au début de la prise en charge (lors des deux premières séances), et quand il s'agit d'un médecin (dont la présence divise par 4 le risque d'un abandon en cours de suivi).

Ainsi, les « consultations cannabis » accueillent un public qui n'aurait probablement pas fait appel à une structure de soins aux toxicomanes non spécialisée dans la prise en charge au titre du cannabis : mineurs accompagnés d'un ou plusieurs parents, usagers orientés vers une consultation cannabis par un tiers issu de l'environnement éducatif (médecin scolaire, assistante sociale), une partie des usagers de cannabis orientés par les autorités judiciaires – qui peuvent s'appuyer, depuis l'avènement des consultations, sur un relais de prise en charge sanitaire immédiatement disponible quand elles prononcent une mesure alternative aux poursuites à l'encontre d'usagers de cannabis interpellés.

Repères méthodologiques

Enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans le système sanitaire et sociale en novembre ; Enquête sur la santé des entrants en prison ; Enquête un mois donné dans les « consultations cannabis » ; ESCAPAD ; PMSI ; Rapport d'activité des CSST ; RECAP ; SIMCCA

16

Statut légal du cannabis et traitement pénal des usagers et des trafiquants

Ivana Obradovic, Hélène Martineau

Cadre législatif réglementant l'usage et le trafic de cannabis

L'intégration du cannabis dans le régime juridique des stupéfiants

Le classement du cannabis parmi les stupéfiants date de la Convention de Genève de 1925. La Convention unique sur les stupéfiants de 1961 élargit sa définition, en ne visant plus seulement les plantes femelles séchées mais l'ensemble des plantes mâles et femelles après la floraison, séchées ou non, contenant de la résine. Depuis 1988 [7], la définition juridique française du cannabis va au-delà du droit international, en visant toute la plante, y compris pendant la période de culture, quelle que soit sa variété ou sa concentration en principe actif (art. R.5132-86 du Code de la santé publique).

Dès 1925 donc, le cannabis tombe sous le coup de la loi de 1916 en vigueur qui prohibe l'usage de stupéfiants « en société » [4]. Le texte ne fait aucune distinction entre trafic, incitation et usage, tous punis des mêmes peines, et il ne prévoit aucune mesure de traitement des usagers de drogues.

La loi du 24 décembre 1953 opère un premier virage en introduisant un volet sanitaire dans la législation antidrogue : elle prévoit que les personnes reconnues comme faisant usage de stupéfiants peuvent être astreintes à suivre une cure de désintoxication [3]. Elle préfigure la loi du 31 décembre 1970 relative aux « mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de stupéfiants » [25] qui constitue le cadre de la législation sur les stupéfiants depuis lors.

La loi du 31 décembre 1970 et ses prolongements

La loi de 1970 réprime l'usage (public et privé) et le trafic de toute substance classée comme stupéfiant, sans différenciation selon le produit. Le cannabis est donc soumis en France à un régime juridique non spécifique, commun à l'ensemble des stupéfiants, contrairement à d'autres pays européens comme les Pays-Bas ou le Royaume-Uni (voir chapitre 17).

En cas de délit d'usage, la peine encourue peut aller jusqu'à un an d'em-

prisonnement et 3 750 € d'amende[30]. Dans le même temps, la loi prévoit une alternative thérapeutique qui permet au contrevenant d'éviter les poursuites s'il accepte de se faire soigner, de façon anonyme et gratuite. Ce double statut de l'usager (considéré à la fois comme délinquant et comme malade) a été critiqué dès l'adoption de la loi. Ce cadre législatif a été modifié par les circulaires successives du ministère de la Justice qui se sont efforcées de résoudre l'aspect ambiguë de la loi en appelant les procureurs à privilégier les soins et à différencier les usagers selon le produit et le mode d'usage.

Dès 1978, en effet, une circulaire pénale recommandait de distinguer les produits du cannabis (à l'exception de l'huile de haschich) des « autres drogues » et de proposer une alternative aux poursuites judiciaires aux usagers de cannabis [24]. Plusieurs circulaires préconisant des réponses judiciaires graduées et diversifiées à l'égard des usagers se sont ainsi succédé [18, 19, 21] : celle du 17 juin 1999 [17] a, la première, explicitement appelé les procureurs de la République à éviter l'incarcération en cas d'usage simple (notamment de cannabis) et à recourir plus systématiquement au rappel à la loi (pour des consommateurs occasionnels) et à l'orientation vers une structure socio-sanitaire (pour tout autre type d'usage). Le recours à l'injonction thérapeutique était strictement recommandé pour les usagers de drogues dépendants (héroïnomanes en particulier, mais aussi en cas d'usage intensif de cannabis).

La sanction pénale de l'usage de stupéfiants fait l'objet d'un débat public récurrent depuis les années 1970. À l'initiative du Premier ministre, une réflexion interministérielle coordonnée par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) sur l'évolution de la sanction de l'usage a été ouverte à l'été 2003. Des propositions d'aménagement du cadre juridique ont été présentées : abandon du délit d'usage, sauf en cas d'usage répété ; mise en place de contraventions pour usage de stupéfiants, éventuellement assorties de peines complémentaires[31]. Le projet n'a pas débouché sur une réforme législative en tant que telle : une nouvelle circulaire a été lancée en revanche en 2005 [16], réaffirmant la nécessité de développer la réponse pénale à dominante sanitaire (classement avec orientation sanitaire ou classement sous condition) en s'appuyant sur les « consultations jeunes consommateurs » mises en place en 2005 (voir chapitre 15), et en excluant par principe les rappels à la loi pour les usagers majeurs ou ceux réitérant une infraction à la législation sur les stupéfiants.

Plus récemment enfin, la loi relative à la prévention de la délinquance du 5 mars

30. Voir détail des textes législatifs en annexe.

31. La presse a fait état de cette réflexion sur la sanction de l'usage lorsque le gouvernement a annoncé que le projet de réforme de la loi de 1970 présenté par la MILDT resterait sans suite législative (voir Le Monde *du 29 juillet 2004,* Le Figaro *du 30 juillet 2004,* Libération *des 29 et 31 juillet 2004). Un mois auparavant, cette réflexion interministérielle avait déjà été évoquée à l'occasion du dépôt, à l'Assemblée nationale, d'une proposition de loi émanant de 240 députés et sénateurs UMP et UDF, jugée moins attentive que le texte de la MILDT au volet sanitaire. Cette proposition de loi prônait par exemple la mise en œuvre d'une palette de sanctions dissuasives à l'égard des usagers de stupéfiants : restriction de l'usage de chéquiers, suspension du permis de conduire, immobilisation et confiscation de véhicules et de téléphones portables (*Libération*, 18 juin 2004).*

2007 a réformé celle du 31 décembre 1970 (dans son chapitre VI) en étendant la procédure de l'ordonnance pénale[32] au délit d'usage pour les majeurs (article 51) et en élargissant la palette des peines de substitution à des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants (article 48) et en développant les injonctions thérapeutiques à tous les stades de la procédure pénale (articles 49 et 50) [15].

La loi de 1970 pénalise également la provocation à l'usage (aggravée quand il s'agit d'incitation envers des mineurs) et la présentation sous un jour favorable du cannabis et des stupéfiants en général (voir détail en annexe). Elle offre aussi la possibilité de fermer des établissements où l'usage a été constaté[33]. Elle interdit par ailleurs de nombreux actes liés au trafic (détention, acquisition, production, importation), dont certains sont souvent associés à un usage de cannabis.

En ce qui concerne la répression du trafic, les peines prévues sont particulièrement lourdes en France, par rapport aux autres pays de l'Union européenne. Comparée au texte de 1916, la loi du 31 décembre 1970 aggrave les sanctions du trafic pour les rendre exemplaires (voir annexe). Elle autorise également le recours à des procédures d'exception pour confondre les trafiquants présumés (prolongation de la garde à vue à quatre jours, autorisation des perquisitions de nuit). De surcroît, depuis la fin des années 1990, une vingtaine de lois sont venues renforcer l'arsenal répressif, dans une perspective de lutte contre le trafic local ou international :

- les peines prévues ont été aggravées : pour les trafics de grande ampleur, elles peuvent aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité et une amende de 7,5 millions d'euros [1]. De nouvelles infractions ont été créées, telles que l'offre et la cession pour usage personnel, instituée pour apporter une réponse spécifique aux actes commis par les « usagers-revendeurs » [13], ou le blanchiment [10], susceptible d'être qualifié en infraction criminelle [6, 11, 12],
- l'éventail des instruments juridiques a été élargi. Tout d'abord, les outils d'investigation policière et judiciaire dérogatoires au droit commun ont été multipliés : depuis la loi du 17 janvier 1986, les usagers-revendeurs interpellés peuvent être jugés avec leur consentement en comparution immédiate, c'est-à-dire sans délai. Les dispositions légales liées à la répression du blanchiment permettent désormais, par exemple, de poursuivre les trafiquants sur la base de leurs signes extérieurs de richesse : le fait de ne pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie lorsqu'on est en relation habituelle avec un usager ou un trafiquant

32. L'ordonnance pénale est une procédure simplifiée et accélérée normalement applicable aux seules contraventions, visant à désengorger les tribunaux. Le tribunal de police peut désormais décider, par ordonnance pénale, de condamner ou non l'auteur d'un délit d'usage à une amende, sans que celui-ci ne comparaisse devant le tribunal. En cas de condamnation, l'intéressé a 30 jours pour s'acquitter du montant de l'amende ou faire opposition à la décision, afin de présenter ses moyens de défense devant le tribunal.

33. L'article L.3421-3 du Code de la santé publique prévoit que lorsque l'usage est poursuivi, le juge d'instruction peut ordonner la fermeture du lieu où l'infraction a été commise pour 6 mois maximum (article 706-33 du Code de procédure pénale) et la confiscation du produit de l'infraction (article 222-49 du code pénal). Cette mesure de fermeture peut aussi être administrative, soit ordonnée par le préfet pour une durée de 3 mois ou par le ministre de l'Intérieur pour une durée d'un an (article L.3422-1 du Code de la santé publique). Ces durées administrative et judiciaire ne sont pas cumulables.

de stupéfiants est incriminé dans la loi du 13 mai 1996 sur le « proxénétisme de la drogue »[34] [6]. Enfin, des innovations ont été introduites dans le code pénal pour faciliter la remontée des filières de trafiquants : la loi du 9 mars 2004 [23] prévoit une possibilité d'exemption de peine pour les « repentis » qui, ayant averti les autorités administratives ou judiciaires d'un trafic de stupéfiants, ont contribué à faire cesser l'infraction et éventuellement à identifier les autres coupables. Cette loi a également élargi les particularités procédurales liées à la lutte contre le trafic, en ajoutant à la possibilité de recourir à la garde à vue pendant 4 jours ou aux perquisitions de nuit celle de pratiquer les infiltrations (art. 706-82 du Code de procédure pénale).

Par ailleurs, en matière de trafic de stupéfiants, deux types de circonstances aggravantes sont envisagés, lorsque les faits sont commis dans les locaux de l'administration, ou encore auprès de mineurs ou à proximité des centres d'enseignement ou d'éducation. Ce durcissement des peines, lorsque le trafic prend pour cible des mineurs, se retrouve dans le récent projet de loi relatif à la prévention de la délinquance, qui prévoit des peines pouvant aller jusqu'à 10 ans d'emprisonnement et 300 000 € d'amende pour « les provocations directes à transporter, détenir, offrir ou céder des stupéfiants dirigées vers un mineur ou commises dans les établissements d'enseignement ou d'éducation » [15].

Usage de cannabis et Sécurité routière

La répression de l'usage de stupéfiants dans certaines circonstances de la vie sociale a été accentuée, en milieu professionnel (voir encadré) mais surtout, dans une perspective d'amélioration de la Sécurité routière.

À la suite de débats parlementaires mettant l'accent sur le déficit de connaissances relatif à l'influence des stupéfiants (et en particulier du cannabis) sur la survenue d'accidents de la route, la loi du 18 juin 1999 [20] et son décret d'application [9] ont instauré un dépistage systématique de stupéfiants sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la route, entre 2001 et 2003, avec l'objectif de réaliser une étude épidémiologique pour évaluer, dans ces accidents, la part attribuable au cannabis (voir chapitre 13). Avant la parution des résultats de cette étude, la loi du 3 février 2003 [8] et son décret d'application [2] ont créé un délit sanctionnant tout conducteur dont l'analyse sanguine révèle la présence de stupéfiants. Celui-ci encourt une peine de 2 ans d'emprisonnement et 4 500 € d'amende. Les sanctions peuvent être portées à 3 ans de prison et 9 000 € d'amende en cas de consommation simultanée d'alcool.

Les dépistages sont obligatoires en cas d'accident immédiatement mortel. Ils le sont aussi en cas d'accident corporel lorsque le conducteur est soupçonné

34. Depuis la loi n° 2006-64 du 23 janvier 2006 relative à la lutte contre le terrorisme (publiée au JO du 24 janvier 2006, NOR: INTX0500242L) cette disposition a été étendue aux personnes en relation avec les auteurs ou les victimes de crimes ou délits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement et procurant à leurs auteurs un profit direct ou indirect (article 321-6 du code pénal). Les peines prévues de 3 ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende sont portées à respectivement 7 ans et 200 000 € en cas de crimes ou délits de trafic ou d'usage de stupéfiants (Art. 321-6-1).

Réglementation des dépistages de cannabis en milieu professionnel

La consommation de cannabis, et plus largement de stupéfiants, d'un salarié peut avoir des conséquences sur la qualité de son travail, son rendement, son temps de présence et, ce qui importe en premier lieu au médecin du travail, peut accroître les risques d'accidents liés à son emploi[35].
À la demande ou non de l'employeur, le médecin du travail peut donc être amené à prescrire des examens biologiques toxicologiques pour établir un diagnostic de « toxicomanie » uniquement en cas de présomption d'usage (établie au cours de la consultation médicale préalable) et seulement pour les employés de postes dits « de sécurité ou de sûreté[36] ». Aucune définition légale de ces postes n'existe. Il est généralement admis que les postes de sécurité « présentent des caractéristiques qui peuvent les rendre dangereux pour le travailleur lui-même, pour son entourage professionnel, pour la collectivité ou pour l'environnement » [82] ; les postes de sûreté comportent des risques pour des tiers, pour l'environnement, la collectivité, la protection des biens, etc. [237].
Inscrite au règlement intérieur, une politique de dépistages obligatoires existe parfois, à l'embauche puis lors des visites médicales périodiques. C'est le cas notamment à la SNCF, la RATP et chez Air France pour les postes de conducteurs, aiguilleurs, contrôleurs, personnels navigants, etc. Les dépistages sont également fréquents dans le secteur de la chimie. Les préfectures en pratiquent aussi pour la délivrance du permis de conduire ou de son renouvellement en matière de transport routier et de personnes [237, 244]. Pour les personnels des transports (terrestres, maritimes ou aériens, de marchandises ou de voyageurs) exerçant des fonctions mettant en cause la sécurité du transport (liste fixée en Conseil d'État), la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance adopté le 6 décembre 2006 [15] prévoit un renforcement des contrôles et, en cas d'usage de stupéfiants dans l'exercice de leurs fonctions, une aggravation des sanctions (portées à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende). Ces dispositions s'appliquent également aux personnes chargées d'une mission de service public ou dépositaires de l'autorité publique dans l'exercice de leurs fonctions (art. 48).
En pratique, les examens (dépistages urinaires et confirmation sanguine) sont à la charge de l'employeur. Le salarié est informé au préalable du type d'examens qu'il va subir et des conséquences possibles des résultats (adaptation, changement de poste, voire licenciement). Les examens biologiques sont couverts par le secret médical et le médecin fournit à l'employeur uniquement un avis d'aptitude ou d'inaptitude [107, 118]. Rappelons que celui-ci ne peut être établi sur le seul diagnostic médical de « toxicomanie » (principe de non-discrimination et de non-sélection) et qu'il doit prendre en compte les exigences du poste et sa dangerosité pour le salarié et son entourage professionnel. Le diagnostic doit par ailleurs être nuancé en fonction de l'intensité des conduites addictives et du type de substance. Enfin, la limite des tests biologiques, pour évaluer les capacités fonctionnelles d'une personne, met souvent le médecin du travail dans l'obligation de prendre d'autres avis médicaux pour établir son diagnostic (médecin traitant du salarié, médecin inspecteur…).
Quoi qu'il en soit, la détection d'un usage de stupéfiants chez un employé place l'employeur et le médecin du travail dans une situation délicate, entre l'engagement de leur responsabilité (en cas d'accident dû à cet usager) et leur désir de maintenir l'employé au travail. Les actions de prévention sont à ce titre essentielles.

Pour un aperçu de la réglementation de ces dépistages en Europe, voir encadré dans chapitre 17.

35. En dehors de la circulation routière, ces risques ne sont pas évalués. Au mieux estime-t-on des prévalences de consommation chez des salariés, sur le lieu de travail ou à l'embauche, ces mesures portant plus souvent sur l'alcool, les médicaments que sur les stupéfiants [118, 237].

36. Avis du 16 octobre 1989 du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé ; circulaire n°90/13 du 9 juillet 1990 du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels ; arrêt du 22 mai 2002 de la cour de cassation (chambre sociale) pourvoi 99.45878.

d'avoir fait usage de stupéfiants. Les dépistages sont également autorisés pour un conducteur, soit impliqué dans un accident quelconque de la circulation, soit auteur de certaines infractions au code de la route, soit à l'encontre duquel il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'il a fait usage de stupéfiants (art. L235-2 du code de la route).

Application de la loi pénale en matière d'usage de cannabis

Le cannabis est le principal produit en cause dans les interpellations d'usagers de stupéfiants, mais le devenir judiciaire de ces usagers est difficile à évaluer car, conformément à la législation française, le cannabis n'est pas distingué des autres stupéfiants dans les catégories statistiques du ministère de la Justice.

Des interpellations en hausse

Les interpellations pour usage de stupéfiants sont en constante augmentation, essentiellement du fait de celles au titre du cannabis qui ont été multipliées par près de 8 en vingt ans. Le cannabis était déjà en cause dans 60 % des interpellations d'usagers en 1985 ; sa part a atteint 90 % au début des années 2000 [217].

En 2005, 90 905 usagers de cannabis ont été interpellés. C'est la première année que ce chiffre diminue (moins 1 % par rapport à 2004), si l'on excepte la baisse généralisée de l'activité policière en 2001, due à l'absence de directives ministérielles claires.

Les usagers de cannabis interpellés sont nettement plus jeunes que les usagers d'autres produits illicites (à l'exception de l'ecstasy) : ils ont en moyenne 23 ans, contre 30 ans environ pour les usagers d'héroïne, de cocaïne ou de crack et 24 ans pour les usagers d'ecstasy interpellés (données 2005). Bien qu'elle soit importante, la part des mineurs parmi les usagers de cannabis interpellés est en légère baisse : 11 % en 2005 contre 15 % en 2000. Le jeune âge des usagers de cannabis interpellés explique la part relativement importante d'étudiants ou de lycéens : 24 % en 2005 contre 5 % environ chez les usagers d'héroïne et de cocaïne et 14 % chez les usagers d'ecstasy.

Les usagers de cannabis interpellés sont principalement des hommes (94 %) et de nationalité française (93 %). Notons toutefois que ce portrait de l'usager de cannabis établi à partir des statistiques policières diffère notablement de celui fourni par les enquêtes en population générale, notamment au niveau du sexe, de l'âge et en termes socio-économiques [239].

Baisse du taux de poursuite, hausse des alternatives aux poursuites

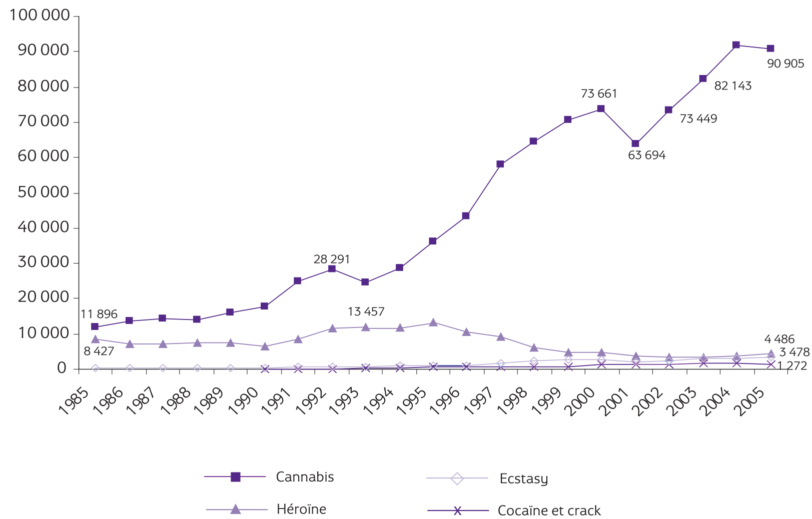
Les statistiques du ministère de la Justice, qui décrivent l'activité des parquets et des tribunaux, ne permettent pas d'identifier l'usager de cannabis à tous les stades de la chaîne pénale : en effet, les chiffres d'activité du parquet ne sont pas ventilés par contentieux ; en outre, le produit en cause dans la procédure judiciaire qui suit l'interpellation n'est pas spécifié. Pour avoir une idée du taux de poursuite judiciaire des usagers, le nombre d'interpellations peut être rapproché de celui des condamnations

en infraction principale[37], mais tous produits confondus. Le rapprochement entre les deux donne une première estimation de la réponse pénale apportée à ce contentieux de masse.

En 2004, tous produits confondus, 101 278 usagers étaient interpellés et 8 439 condamnations étaient prononcées pour usage en infraction principale, soit 8 % des usagers interpellés. Cette proportion était de 30 % en 1990 mais elle a rapidement diminué ensuite [200, 217]. Bien que ce rapprochement soit approximatif, car les catégories d'incrimination de la police sont différentes de celles de la justice, il est intéressant parce qu'il met en évidence la déperdition des usagers au fil de la procédure pénale, en particulier entre le stade de l'interpellation policière et celui de la présentation au parquet.

Les usagers sont donc relativement moins souvent condamnés par les tribunaux qu'il y a 15 ans, ce qui ne signifie pas que la réponse pénale donnée à ce type d'infraction est en recul : l'usage de stupéfiants fait au contraire l'objet d'un traitement pénal quasi systématique, à travers les mesures alternatives aux poursuites, comme le montrent les seules données disponibles, établies sur 7 des 13 tribunaux de grande instance des cours d'appel de Paris et Versailles, soit 20 % du contentieux pénal national. Dans ces juridictions, le taux de réponse pénale en matière

Figure 33 : Interpellations pour usage simple de cannabis, cocaïne, crack, héroïne et ecstasy, 1985-2005



Source : FNAILS, OCRTIS.

37. Une condamnation peut sanctionner plusieurs infractions. Celle classée en « infraction principale » est a priori *la plus grave, voire celle classée en premier dans l'ordre des faits fourni par le procès-verbal.*

d'usage de stupéfiants (tous produits confondus) est nettement supérieur à la moyenne générale (environ 90 %, contre 68 % pour l'ensemble des infractions pénales juridiquement constituées[38]). Cela veut dire que ces affaires d'usage sont rarement classées sans suite, en particulier quand il s'agit de mineurs. Elles sont majoritairement (et de plus en plus fréquemment) traitées par une mesure alternative aux poursuites (80 % des procédures en 2005, contre 56 % en 2002).

Concrètement, il s'agit le plus souvent d'un rappel à la loi (71 % en 2005), d'une injonction thérapeutique (14 %) ou d'un classement avec orientation sanitaire (8 %). Une nouvelle procédure alternative a été introduite par la loi du 23 juin 1999 : la composition pénale, qui consiste en une ou plusieurs mesures (amende, remise du permis de conduire, stage dans un service sanitaire, etc.) acceptées par le contrevenant. Les parquets d'Île-de-France y recourent de plus en plus pour sanctionner l'usage (3,8 % des procédures alternatives en 2005, contre 0,2 % en 2002).

Les réponses judiciaires apportées à l'usage de stupéfiants se sont donc diversifiées, conformément aux préconisations des circulaires successives du ministère de la Justice.

Les incarcérations pour usage de cannabis impossibles à chiffrer

Le recours à l'emprisonnement ferme pour usage de stupéfiants a baissé au cours des années, en faveur des peines alternatives (travail d'intérêt général, jour-amende[39]) et des amendes. En 2004, 16 % des personnes condamnées pour usage de stupéfiants (en infraction principale) ont fait l'objet d'une peine d'emprisonnement ferme ou avec sursis partiel, d'une durée moyenne de 6,7 mois (contre 24 % en 1998). Il faut rappeler que l'infraction retenue lors de la condamnation n'est pas nécessairement l'infraction principale retenue lors de l'incarcération. La dernière mesure du nombre de personnes détenues dans les prisons de métropole pour usage de stupéfiants en infraction principale donnait 258 personnes (prévenus ou condamnés) au 1er janvier 2003 [200]. Les statistiques pénales ne permettent pas de distinguer la part des usagers de cannabis parmi les personnes condamnées pour usage de stupéfiants ou celles incarcérées pour le même motif. Bien que l'incarcération pour usage de cannabis demeure théoriquement possible, on peut supposer que la plupart des usagers de cannabis sont traités en priorité par des alternatives aux poursuites dont certaines ont été développées explicitement à leur intention (cf. *supra*).

Les contrôles de l'usage de cannabis au volant

Depuis le 31 mars 2003, les conducteurs sont susceptibles, dans certaines circonstances, de subir un test de dépistage de stupéfiants (THC, amphétamines,

38. Données issues de l'Infocentre du ministère de la Justice, non publiées.

39. Un jour-amende est une peine alternative à l'incarcération (art. 131-5 du code pénal) consistant pour le condamné à verser au Trésor public une somme dont le montant global résulte de la fixation par le juge d'une contribution quotidienne pendant un certain nombre de jours. La somme par jour ne peut excéder 1 000 € et la peine ne peut excéder 360 jours (jusqu'à 360 000 €). Le défaut de paiement de ce jour-amende est sanctionné d'un emprisonnement dont la durée est égale à la moitié du nombre de jours impayés.

opiacés ou cocaïne) et de faire l'objet de sanctions s'ils ont effectivement fait usage d'un de ces produits (cf. *supra*). Les statistiques du ministère de l'Intérieur ne précisent pas le produit retrouvé en cas de contrôle positif, mais le cannabis est certainement majoritaire ; une étude menée par ailleurs entre septembre 2001 et 2003 dans le cadre d'accidents mortels a montré qu'un usage de cannabis était détecté chez près de 9 conducteurs positifs aux stupéfiants sur 10 (étude SAM, voir chapitre 13).

En 2005, 21 035 dépistages de stupéfiants ont été effectués, contre 15 905 en 2004. Plus de la moitié sont pratiqués en cas d'accident mortel ou corporel et un tiers en cas de soupçon d'usage de stupéfiants. Le taux de positivité est dépendant du mode de contrôle et des circonstances du contrôle : 12 % en 2005 en cas d'accident mortel (où le dépistage est censé être systématique), 19 % en cas d'accident corporel et 56 % sur des contrôles ciblés en cas de soupçon d'usage [198].

Le nombre d'infractions relevées est également en augmentation entre 2004 et 2005. Cette dernière année, on compte 4 246 cas de conduite d'un véhicule après usage de stupéfiants, 922 cas où un état alcoolique est en plus relevé et 435 refus de se soumettre aux opérations de contrôle.

En 2004, ces infractions ont donné lieu à près de 850 condamnations (601 pour conduite après usage de stupéfiants, 151 avec de l'alcool en plus et 85 cas de blessures ou homicides involontaires par des conducteurs ayant consommé des stupéfiants) [200].

À titre de comparaison, l'alcoolémie excessive au volant a fait l'objet de près de 11 millions de dépistages en 2005, dont 9 millions à titre préventif. Pour ces derniers, le taux de positivité est de 2,5 % [198]. En 2004, les tribunaux ont prononcé près de 115 000 condamnations pour conduite en état d'ivresse [200].

Application de la loi pénale en matière de trafic

Un problème de définition

La qualification de « trafic » recouvre des réalités très différentes, qui vont de la simple détention à des opérations d'importation ou d'exportation de cannabis, ou à des affaires de blanchiment d'argent lié au trafic de stupéfiants.

La première ambiguïté tient à la distinction entre usage et détention : les usagers interpellés le sont souvent en possession d'une petite quantité de cannabis. La reconstitution par la police de leur activité (usage simple ou revente), de leur rôle éventuel dans un trafic plus large et les quantités de produit retrouvées sont autant d'éléments qui déterminent la qualification de l'infraction par les services de police, qui vont ensuite adresser la procédure aux services judiciaires sous un chef d'accusation précis [41].

Les procureurs décident alors, après examen des éléments de l'enquête policière, de la qualification pénale de l'affaire (usage/détention) et des suites judiciaires (classement sans suite, mesure alternative aux poursuites ou poursuites). Pour procéder à cet arbitrage, certains parquets appliquent en pratique des seuils d'usage, à l'image des seuils de transaction douanière qui fixent des barèmes « plancher » en deçà desquels la personne interpellée

se verra confisquer le produit sans faire l'objet d'une procédure pénale (sauf s'il s'agit de mineurs ou de majeurs réitérants). Ces seuils ont fait l'objet d'une harmonisation par la circulaire du 8 avril 2005 [16] qui proposait, à titre indicatif, des seuils de 20 à 50 g pour la résine de cannabis et 30 à 100 g pour l'herbe de cannabis.

Ces facteurs de flou aux différents stades de la procédure expliquent le fait que l'application de la loi soit différenciée selon les ressorts territoriaux.

Part prépondérante du cannabis dans les interpellations pour trafic

En 2005, les interpellations pour trafic de cannabis représentaient 67 % des cas de trafic de stupéfiants [217]. Sur les 12 929 personnes interpellées pour trafic de cannabis en 2005, 67 % l'ont été pour usage-revente, 31 % pour trafic local (et revente) et 2 % pour trafic international.

Ces trafiquants interpellés sont en majorité des hommes (93 % en 2005) et pour la plupart de nationalité française (88 %). La part des mineurs est relativement stable (8 % en 2005). L'âge moyen de ces trafiquants est d'environ 25 ans en 2005, les usagers-revendeurs étant plus jeunes que les trafiquants locaux ou internationaux (respectivement 23,9 et 26,6 ans).

Les interpellations pour usage-revente de cannabis ont quadruplé au cours des vingt dernières années : la hausse a été particulièrement rapide entre 1995 et 2005 (+ 60 %). La baisse de 2001 est commune à toutes les ILS et traduit une activité policière réduite cette année-là. Les cas de trafic local ou international augmentent également, quoique plus lentement (+ 44 % entre 1995 et 2005) et l'écart entre les deux types d'interpellations se creuse.

Les suites judiciaires données aux interpellations pour trafic

Tous stupéfiants confondus, le traitement pénal de la simple détention semble proche de celui de l'usage (rappelons que les seules données disponibles sont celles de l'Infocentre sur les principaux parquets de la région parisienne) : une alternative aux poursuites est ordonnée dans la majorité des cas (75 % environ en région parisienne). Il n'est pas exclu que la « détention » corresponde parfois à une qualification de repli, lorsque le trafic n'a pu être prouvé. Une incrimination pour cession/offre de stupéfiants ou pour importation/exportation occasionne à l'inverse des poursuites pénales dans la quasi-totalité des cas (96 % et 85 % des affaires). Ce contentieux est marqué par un taux de classement sans suite particulièrement bas (toujours inférieur à 5 % dans les cinq dernières années).

Malgré l'importance des alternatives aux poursuites, les infractions de détention et d'acquisition de stupéfiants (sans distinction de produits) arrivent en tête des condamnations pour ILS (40 % en 2004), devant les condamnations pour usage simple, et devant celles au titre de la production, de l'emploi ou du transport de stupéfiants (19 %) puis celles d'offre/cession (6 %) et enfin, celles qui répriment l'importation ou l'exportation (6 %).

On observe une hiérarchie entre les sanctions judiciaires prononcées à l'encontre des trafiquants : les affaires d'importation ou d'exportation donnent lieu à des peines sévères (une peine d'emprisonnement dans la quasi-totalité des cas,

dont les trois quarts fermes ou avec un sursis partiel), ainsi que les cas d'offre/cession et ceux de production, transport ou emploi de stupéfiants (en moyenne 85 % de peines d'emprisonnement et 12 % de peines d'amende ou de peines de substitution). Les condamnations pour détention ou acquisition de stupéfiants font l'objet d'un traitement intermédiaire entre l'usage et les autres cas de trafic : 77 % de peines d'emprisonnement (dont la moitié ferme ou avec un sursis partiel), 20 % d'amendes ou de peines de substitution (jours amende, travail d'intérêt général). Le recours aux alternatives à l'incarcération se développe fortement : 2 168 peines de substitution en 2004 contre 371 en 1990 pour l'ensemble des ILS [200].

Au 1er janvier 2003, 432 personnes étaient détenues pour cession de stupéfiants dans les établissements pénitentiaires de métropole (prévenus ou condamnés), sans que l'on puisse distinguer dans ce chiffre la part du cannabis. Cette même année, on comptait 5 509 détenus pour trafic de stupéfiants, tous produits confondus [200].

Ainsi, la tendance marquante est celle de la place croissante du cannabis dans les interpellations, elles-mêmes en hausse constante, et, du côté de la réponse pénale apportée aux affaires d'usage, la généralisation et la diversification des procédures alternatives aux poursuites.

Repères méthodologiques

CJN ; FNAILS ; FND ; Infocentre ; SAM ; Statistiques des contrôles et des infractions au code de la route

17

Les législations européennes relatives au cannabis et leurs évolutions récentes

Cécile Martel[40]

Le statut légal de la détention de cannabis pour usage personnel est l'un des thèmes les plus controversés au sein des États membres de l'Union européenne. L'ensemble des pays européens ayant signé les Conventions des Nations unies sur les drogues il convient donc, avant d'examiner les législations européennes, de rappeler le cadre international fixé par celles-ci.

Le cadre international fixé par les Nations unies

Dans la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 [210], les mesures de contrôle sont plus ou moins strictes selon les groupes de drogues ou les préparations de drogues, qui sont énumérés dans les quatre tableaux annexés à celle-ci. Ces tableaux sont définis selon le potentiel de dépendance, le risque d'abus et l'utilité thérapeutique des drogues qui y figurent.

Le cannabis, sous la forme résine, herbe ou huile, est classé deux fois, dans le tableau I (qui inclut les substances qui provoquent une forte dépendance et se prêtent à des abus[41]) et dans le tableau IV (qui inclut certaines substances du tableau I censées être rarement employées dans la pratique médicale[42]). Cette double classification invite donc les parties signataires à considérer dans leur système national le cannabis parmi les substances les plus dangereuses pour lesquelles les contrôles les plus stricts doivent être appliqués.

La Convention sur les substances psychotropes adoptée en 1971 [209] prévoit, quant à elle, le classement du principe actif du cannabis (le tétrahydrocannabinol THC, et ses variantes stéréo-

40. *Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).*

41. *Ou qui peuvent être converties en drogues qui de même provoquent une forte dépendance et donnent lieu à des abus.*

42. *Le tableau IV inclut certaines drogues énumérées dans le tableau I qui sont considérées comme particulièrement nocives en raison de leurs propriétés génératrices de dépendance et de leur potentiel d'abus.*

chimiques) et du dronabinol (THC synthétique[43]).

Enfin, l'article 3.2 de la Convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988 [211] complète ce cadre. Il prévoit que chaque partie signataire adopte les mesures nécessaires pour conférer le caractère d'infraction pénale, conformément à son droit interne, à la détention, l'achat et la culture de stupéfiants destinés à la consommation personnelle. Les pays sont donc tenus de prévoir des sanctions pénales pour ces actes liés à l'usage personnel.

Cette disposition est cependant assortie d'une clause de sauvegarde[44] mentionnant les « principes constitutionnels » et les « concepts fondamentaux des systèmes juridiques » des parties. Cette clause de sauvegarde reflète les compromis intervenus sur cette question controversée [26] et peut être avancée comme une des explications de l'hétérogénéité des législations européennes [221].

Une situation contrastée en matière de classification

La classification du cannabis au sein des États membres demeure très contrastée d'un pays à l'autre (voir tableau en annexe) [219, 223].

C'est ainsi par exemple qu'à Chypre, aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni, la loi classe le cannabis dans une liste de produits pour lesquels le niveau de sévérité exigé en réponse aux délits n'est pas aussi strict que celui réservé à d'autres substances stupéfiantes.

En Irlande, en Belgique ou au Luxembourg, alors que le cannabis est classé avec les autres substances, des lois nationales, des dispositions particulières du code pénal ou des circulaires introduisent des mesures spécifiques pour le cas de la détention de cannabis à des fins de consommation personnelle et prévoient, pour des infractions similaires, des sanctions moins sévères que pour les autres substances.

Dans un troisième groupe de pays, le cannabis est classé de la même manière que les autres stupéfiants, et la législation prévoit que les infractions à la loi sur les stupéfiants soient punies de la même façon, quelle que soit la substance impliquée (les sanctions encourues pouvant aller jusqu'à des peines d'emprisonnement). Cependant, dans la pratique, les autorités judiciaires prennent en considération la substance impliquée. En Allemagne, c'est une décision de la Cour constitutionnelle fédérale qui requiert que des mesures moins sévères soient requises lors d'un délit de détention de cannabis pour usage personnel, alors que le cannabis est légalement classé dans la liste la plus stricte. De même, en France, le cadre législatif de 1970 qui réprime l'usage de toute substance classée comme stupéfiant sans différenciation de produit, a été infléchi dès 1978 par une série de circulaires préconisant des réponses judiciaires graduées à l'égard des usagers de cannabis (voir chapitre 16).

43. Le THC est classé dans la liste I qui contient les substances soumises au contrôle le plus strict du fait de leur faible valeur thérapeutique et des risques de leur usage abusif. Le dronabinol est classé dans la liste II regroupant des substances dont le potentiel d'abus présente un risque sérieux pour la santé publique et dont la valeur thérapeutique est faible ou moyenne.

44. L'article 3.2 prévoit l'adoption des mesures nécessaires pour conférer le caractère d'infraction pénale « sous réserve de ses principes constitutionnels et des concepts fondamentaux de son système juridique ».

Sanction de la détention pour consommation personnelle

Le statut juridique de la détention de cannabis pour usage personnel reste l'un des aspects politiques les plus controversés dans l'Union européenne [218, 223]. Au Luxembourg par exemple, depuis une loi de 2001, l'infraction pour détention et usage personnel de cannabis, qui était passible d'une peine d'emprisonnement, expose maintenant les contrevenants à une amende[45]. En Belgique, la loi de 2003[46] a, quant à elle, remplacé les peines correctionnelles prévues pour détention de cannabis pour consommation personnelle, par la rédaction d'un procès-verbal simplifié et une amende[47]. Enfin, au Portugal, la loi du 30 novembre 2000 décriminalise l'usage, l'acquisition et la détention pour usage personnel de tous les stupéfiants, y compris le cannabis.

Inversement, il convient de noter quelques récentes modifications législatives justifiées nationalement par la prise de conscience croissante des dangers du cannabis. Au Danemark par exemple, une directive de 2004 conseille aux procureurs de remplacer le traditionnel avertissement administré depuis 1970 aux personnes prises en possession de cannabis pour usage personnel, par une amende. En Italie, une nouvelle loi de février 2006 a réduit le nombre de listes de drogues contrôlées de six à deux. Toutes les substances n'ayant pas d'utilisation thérapeutique ont été regroupées, ce qui supprime toute notion de drogue « dure » et de drogue « douce », le cannabis se retrouve donc avec le même statut que l'héroïne. La nouvelle législation réintroduit également le concept des seuils[48] permettant de distinguer consommation personnelle et trafic, en fonction de la quantité de principe actif de la substance.

Parallèlement à ces évolutions législatives continues et contrastées, les États membres réunis au sein du Conseil de l'Union européenne ont adopté en juillet 2004 une résolution sur le cannabis [22]. Ce texte souligne les dangers liés à l'usage de la substance et exprime la volonté des États membres de maintenir une extrême vigilance sur le cannabis. Bien que la résolution ne possède pas de caractère légal contraignant, l'adoption de cet instrument juridique révèle l'engagement des États membres dans une volonté politique convergente, à faire face aux défis que pose la situation actuelle de la consommation de cannabis en Europe.

45. La loi du 27 avril 2001 établit entre autres une distinction des peines entre le type de substance impliquée [a : chanvre (cannabis), b : autres substances contrôlées], le type d'infraction (usage simple, usage devant mineur(s), vente, production, etc.), le statut de la personne en infraction (ex. médecin, enseignant) et le lieu de l'infraction (ex. enceintes scolaires, lieu de travail). Ne sont plus prévues des peines privatives de liberté pour l'usage simple et la détention pour usage personnel de cannabis (http://eldd.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.content&sLanguageISO=EN&nNodeID=5173).

46. Telle que complétée par une circulaire de février 2005.

47. Le point 8.3 de la directive ministérielle du 16 mai 2003 relative à la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites prévoit que la première récidive dans l'année depuis la première condamnation est punie d'une peine plus forte et la seconde récidive dans l'année de la seconde condamnation est punie d'une peine correctionnelle.

48. Ce concept des seuils avait été supprimé en 1993.

Dépistage des drogues au travail - Aperçu européen

Le dépistage de drogue sur le lieu du travail est un sujet complexe qui n'est pas toujours réglementé au niveau national par des lois. À ce jour, deux États membres de l'Union européenne ainsi que la Norvège ont adopté une législation visant spécifiquement le dépistage de drogue sur le lieu du travail (la Finlande en 2004, l'Irlande en 2005[49]). Pour les autres pays, ces pratiques sont en général réglementées par un ensemble législatif, comme par exemple les lois sur le travail, sur la protection de la vie privée ou encore celles sur la protection des données. Une étude approfondie de ces diverses dispositions permet de tracer quelques grandes tendances : tout d'abord le rôle accru des médecins du travail qui, dans la majorité des cas, effectuent les tests de dépistage, ensuite, les différentes modalités de dépistage (avant ou après l'embauche ou pendant les deux phases), et surtout l'encadrement des métiers dits « à risques », malgré l'absence de définition claire de cette notion. Parmi les points intéressants qui ont pu être relevés, certains pays prévoient que ces tests de dépistage fassent l'objet d'un accord préalable entre l'employé et l'employeur, voire les syndicats. La législation finlandaise va même un peu plus loin en prévoyant que les tests fassent partie d'un cadre plus général de prévention au sein de l'entreprise.

49. Les dispositions relatives au dépistage de drogue sur le lieu professionnel sont reprises dans la section 13 de « The Safety, Health and Welfare at Work Act 2005 ». Un règlement doit encore être adopté pour permettre la mise en œuvre de cette section.

18

Le coût social du cannabis

Christian Ben Lakhdar

Les économistes évaluent le coût social des drogues licites et illicites dans le but d'éclairer la décision publique et de guider son action en vue de rendre efficients les fonds engagés dans les politiques publiques. Cet exercice d'évaluation économique largement répandu à l'international [94, 125, 157, 247] a été initié en France par deux économistes, Pierre Kopp et Philippe Fénoglio [165], en 2000 selon la méthodologie du *Cost of Illness*. Depuis, la mesure du coût social des drogues licites et illicites en France s'est enrichie d'une réactualisation de l'évaluation des dépenses publiques engagées dans la lutte contre les drogues [166] et d'un considérable travail visant l'estimation du coût des traitements des pathologies imputables aux substances psychoactives [167]. C'est à partir de ces travaux et des dernières connaissances scientifiques que le coût social du cannabis seul est estimé ici pour l'année 2003 [168].

Les études de coût social se fondent sur un scénario contrefactuel faisant l'hypothèse du plein emploi des facteurs de production [274]. Selon ce scénario, les fonds engagés du fait de l'existence des substances psychoactives se décomposent en quatre principaux items : le coût des traitements des pathologies imputables à la drogue considérée, les pertes de revenu et de productivité, le coût de la mise en œuvre de la loi et enfin des coûts de prévention et de bien-être. Ce dernier item présente l'inconvénient d'être difficilement évaluable et, de ce fait, n'est généralement pas pris en compte ; certains coûts de prévention se retrouvant toutefois dans ceux de l'implémentation des politiques publiques.

Il doit être précisé que la mesure du coût social ne s'apparente pas à une analyse coût-bénéfice où l'utilité, au sens économique du terme (à savoir la satisfaction, le plaisir retiré de la consommation de cannabis) serait évaluée et mise en perspective face aux coûts engendrés par cette même consommation. Les mesures de coût social s'attachent uniquement à faire ressortir la charge économique que fait supporter à la collectivité l'existence de la substance considérée.

Coût des traitements

Les pathologies imputables au cannabis ne sont composées, d'après la classification internationale des maladies (CIM 10e version, section F-12), que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis. Bien que des avancées soient faites dans la connaissance scientifique des effets somatiques de la consommation de cannabis (voir chapitre 10), le manque de fractions étiologiques identifiées pour des pathologies liées à la consommation de cannabis fait défaut pour étoffer le calcul du coût des traitements liés à l'usage de cannabis. Du fait de cette méconnaissance épidémiologique, seuls les coûts hospitaliers et notifiés dans la CIM 10 sont pris en compte, les coûts induits en médecine de ville et imputables à la consommation de cannabis étant inconnus. En 2003, sur la base des seules données disponibles au niveau national délivrées par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), les coûts hospitaliers imputables à la consommation de cannabis ont été estimés à 8,1 millions d'euros [167].

Pertes de revenus et de production

Le cannabis, d'une part à travers les décès qu'il cause et d'autre part du fait des périodes d'emprisonnement et d'hospitalisation qu'il entraîne, génère des pertes de revenus, de production et de prélèvements obligatoires car il soustrait des forces productives à une économie en plein emploi par hypothèse. Ces pertes sont évaluées par le flux actualisé de richesses qui auraient été engendrées si le cannabis n'existait pas.

Une étude épidémiologique récente a démontré la relation causale entre consommation de cannabis et accidents mortels de la route : annuellement, 230 décès par accidents de la route sont imputables au cannabis [173]. Grâce aux données de l'INSEE[50] et par la technique des flux actualisés de richesses, les pertes de revenus des individus décédés sont estimées à un peu plus de 18,6 millions d'euros, les pertes de production à 99,6 millions d'euros et les pertes de prélèvements obligatoires à 8,2 millions d'euros. La perte totale imputable aux décès dus au cannabis est alors de 126,4 millions d'euros. Il pourrait aussi être imputé au cannabis le coût généré par les accidentés non mortels de la route ainsi que celui supporté par les compagnies d'assurance ; de nombreuses données manquent pour évaluer ces derniers coûts.

Les coûts en perte de production et de revenu ne sont toutefois pas uniquement dus à l'accidentologie routière. Le cannabis est aussi à l'origine soit de l'emprisonnement d'individus, soit de séjours hospitaliers. Il n'y a malheureusement aucune information relative à ce dernier point. Il est néanmoins possible d'estimer le temps passé en prison par des usagers et/ou des trafiquants de cannabis.

L'hypothèse est faite que les peines d'emprisonnement ne sont prononcées qu'à l'encontre des trafiquants et des

50. Valeurs ajoutées par branche en volume (prix chaînés, base 2000 ; http://www.insee.fr/fr/indicateur/cnat_annu/base_2000/principaux_resultats/htm/t_1201.htm) ; Compte des ménages simplifié et ratios d'épargne (http://www.insee.fr/fr/indicateur/cnat_annu/base_2000/principaux_resultats/htm/t_1605.htm).

usagers-revendeurs (voir chapitre 16). Il y avait 5 197 individus incarcérés pour infraction à la loi sur les stupéfiants (ILS) en 2003 [200] et les trafiquants interpellés entre 2000 et 2004 l'étaient en moyenne à 68,6 % pour cannabis [217]. Un simple calcul permet de conclure qu'il y avait 3 598 individus incarcérés en 2003 pour trafic de cannabis et la durée moyenne d'emprisonnement effective cette même année était de 8,4 mois [199]. Le temps passé en prison à cause du cannabis est donc estimé à 30 227 mois pour l'année 2003. Les pertes de revenus sont évaluées à 42,4 millions d'euros, les pertes de production à 162,6 millions d'euros et les pertes de prélèvements obligatoires à 19,5 millions d'euros. Le montant des pertes liées à l'emprisonnement de trafiquants de cannabis s'élève à 224,5 millions d'euros.

Au total, les pertes de production, de revenus et de prélèvements obligatoires imputables au cannabis sont alors de 350,9 millions d'euros.

Dépenses publiques relatives à la lutte contre le cannabis

Les politiques publiques mises en œuvre dans la lutte contre le cannabis présentent, d'une part un versant répressif que l'on retrouve dans les missions du ministère de la Justice, celles de la direction générale des douanes, les actions de la gendarmerie nationale et de la police nationale et, d'autre part, un versant préventif et de prise en charge avec notamment les prérogatives du ministère de la Santé. Il convient de noter que la difficulté d'évaluation du présent exercice repose sur le fait que les actions menées par les différents acteurs publics ne sont que rarement ciblées sur une substance psychoactive particulière (à l'exception des contrôles routiers relatifs à l'alcool). Des clés de ventilation des budgets publics recensés par Kopp et Fénoglio [166] ont alors dû être trouvées pour mettre en exergue les sommes spécifiquement attribuées à la lutte contre le cannabis.

Coût de la répression

Pour isoler le cannabis des autres drogues illicites sur lesquelles interviennent les services répressifs, la part du cannabis dans les interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (86,4 % sur la période 2000-2004 [217]) et le poids de cette substance dans les saisies douanières (94,5 % pour la même période [104]) ont servi de clés de répartition.

L'activité de gendarmerie attribuable à l'ensemble des drogues illicites a été estimée à 120,2 millions d'euros et celle de la police nationale à 277,1 millions d'euros en 2003 [166]. La part des budgets de la gendarmerie et de la police consacrée au cannabis est alors estimée à 343,3 millions d'euros en 2003. Cette même année, la dépense totale des douanes dans la lutte contre le trafic de drogue était évaluée à 58,3 millions d'euros [166]. Il ressort que 55,1 millions d'euros du budget des douanes peuvent être imputés au cannabis.

Concernant le versant judiciaire et pénitentiaire faisant suite aux actions de la police, de la gendarmerie et des services des douanes, il convient d'évaluer les coûts engagés à cause du cannabis en matière d'activité pénale des magistrats et les dépenses de fonctionnement du système pénitentiaire. Toutes drogues illicites confondues, le coût total des services

judiciaires imputables aux drogues illicites s'élevait à 92,3 millions d'euros pour 2003 [166]. De la même manière, les dépenses de l'administration pénitentiaire étaient estimées à 89,3 millions d'euros. En posant une hypothèse haute, à savoir que seules les personnes interpellées pour trafic ou usage-revente de cannabis (soit 68,9 % des trafiquants interpellés entre 2000 et 2004) font l'objet d'un suivi judiciaire long et éventuellement d'un emprisonnement (voir chapitre 16), on peut évaluer le coût de l'activité des services judiciaires et pénitentiaires imputable au cannabis à 125,1 millions d'euros. Au total, le coût de la répression imputable au cannabis est estimé à 523,5 millions d'euros.

Coût de la prévention et de la prise en charge

Les dépenses du ministère de la Santé consacrées à la lutte contre la toxicomanie sont réparties entre la Direction générale de la santé (DGS), les dépenses liées aux médicaments de substitution aux opiacés (hors de propos ici), et celles des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST).

L'analyse des rapports d'activité des CSST [233] fait état du fait qu'en moyenne, le cannabis est à l'origine de la prise en charge du patient pour 22 % sur la période 1998-2003. Ce taux de prise en charge est alors imputé aux budgets des CSST pour l'année 2003 ainsi qu'au budget de la DGS. La fraction de budget pour les prises en charge cannabique est alors estimée à 27,1 millions d'euros et les sommes de la DGS allouées à la prise en charge et à la prévention du cannabis à 5,6 millions d'euros. De plus, les consultations cannabis récemment mises en place [214] bénéficient d'un budget complémentaire de 3,8 millions d'euros.

L'Union européenne, le ministère des Affaires étrangères, le ministère de la Jeunesse et des sports ainsi que le ministère de l'Éducation nationale et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, mais aussi les agences répressives participent tous à des actions de prévention de la toxicomanie. L'analyse des fonds engagés par ces institutions ne permet pas de dégager les parts attribuées au cannabis et n'ont donc pas été prises en compte dans la présente évaluation.

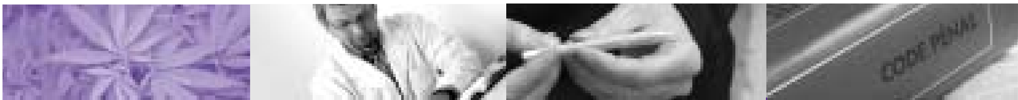
Le coût de la prévention et de la prise en charge peut alors être évalué à 36,5 millions d'euros.

Les dépenses publiques mises en œuvre dans la lutte contre le cannabis s'élèvent donc au total à 560 millions d'euros.

Au final, et en considérant ce chiffre avec toute la prudence qui se doit du fait des hypothèses sur lesquelles il se fonde, le coût social du cannabis peut être estimé à 919 millions d'euros. Ce coût représentait 0,06 % du PIB de 2003 ou encore un peu plus de 15 € par habitant. Il est à mettre en parallèle avec le coût social de l'alcool et du tabac qui eux s'élevaient respectivement à 2,37 % et 3,05 % du PIB de 2003, soit toujours respectivement, 599 et 772 € par habitant.

Repères méthodologiques

CJN ; FNAILS ; FND ; PMSI ; Rapports d'activité des CSST ; SAM



Comment le cannabis est-il perçu en France ?

Comment le cannabis est-il perçu en France ?

Les perceptions sur les drogues peuvent s'appréhender en interrogeant directement la population sur les produits et les politiques mises en place ; on peut aussi s'attacher à considérer la place occupée par ces sujets dans les débats politiques ou sociétaux et les comptes rendus qui en sont faits par les médias.

Les Français ont été interrogés à deux reprises sur leurs représentations en matière de drogues en 1999 et en 2002. En ce qui concerne le cannabis, les opinions apparaissent souvent contrastées.

D'un coté, le cannabis est le produit le plus souvent cité spontanément en tant que drogue par les personnes interrogées et, une majorité d'individus considère que son usage peut conduire à consommer par la suite des substances plus dangereuses. D'un autre côté, il est jugé moins dangereux que les autres drogues illicites et il est perçu comme moins addictif que le tabac et l'alcool. Concernant le statut du produit, si son usage thérapeutique recueille une large adhésion, une forte majorité de Français est défavorable à sa mise en vente libre. En réalité, le rapport personnel à la substance, et notamment le fait d'en avoir déjà consommé, apparaît déterminant dans la construction des opinions concernant le jugement porté sur sa dangerosité et la réglementation de son usage.

C'est d'abord à travers cette question du statut légal que la presse s'est, en France, intéressée au thème du

cannabis. L'appel à la dépénalisation de l'usage lancé par le journal *Libération* en juin 1976 n'a pas rencontré d'écho grand public lors de sa publication mais, progressivement, cette thématique est sortie de la confidentialité. L'examen de plusieurs titres de presse français destinés aux jeunes adultes au début des années 2000 permet ainsi de constater une certaine bienveillance vis-à-vis du cannabis, une banalisation de la mention de son usage et une remise en cause de son caractère illicite.

Ces dernières années, les sujets relatifs aux niveaux de consommation de cannabis atteints en France, en particulier chez les jeunes, ont été abondamment commentés par les acteurs du débat public ; la presse a largement fait état des résultats de ces enquêtes et des réactions qu'elles ont suscitées. En parallèle, la plupart des journaux ont eu tendance à moins considérer cette substance comme anodine. Ainsi, le rôle du cannabis dans les accidents de la route a été âprement débattu et les questions relatives aux risques sanitaires liés au produit ont été davantage mises en avant.

Au plan politique, alors qu'elle avait constitué un enjeu lors de la campagne présidentielle de 2002, la question du cannabis a été peu présente lors des débats liés à l'élection de 2007.

Les Français et le cannabis : éléments sur les représentations du public

Maitena Milhet, François Beck, Stéphane Legleye

Les représentations relatives au cannabis sont longtemps restées mal connues, notamment en raison du faible investissement de recherche engagé sur la question des représentations des drogues en population générale avant la fin des années 1990 [43]. Depuis, un dispositif d'observation spécifique a été conçu et mis en place par l'OFDT.

Conduite pour la première fois en 1999, l'Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) est une enquête quantitative représentative de l'ensemble de la population française de 15 à 75 ans [45, 46]. Elle permet de mettre en perspective les représentations concernant le cannabis par rapport à celles réservées aux autres drogues licites ou illicites. Elle est également l'occasion de faire le point sur l'écho que rencontrent les politiques publiques élaborées à son endroit. Afin de suivre l'évolution des représentations, l'enquête est reconduite périodiquement. Les dernières données à disposition datent de 2002, le prochain exercice aura lieu en 2008.

En contrepoint de ces données en population générale, la question des représentations associées au cannabis a été récemment abordée auprès de publics spécifiques, usagers réguliers de cannabis ou parents [67, 92, 227, 248]. Les enquêtes concernées ne portent pas sur des échantillons représentatifs, leurs résultats ne sauraient donc être généralisés.

Connaître les représentations du public relatives au cannabis est décisif pour au moins deux grandes raisons. Cela permet en effet de mesurer la diffusion des connaissances scientifiques validées dans l'opinion. De plus, sur un sujet socialement sensible comme celui des substances psychoactives en général et du cannabis en particulier, agir sur les représentations du public fait partie intégrante de la mise en place d'une politique publique.

La dangerosité perçue du cannabis

La notion de dangerosité d'une substance psychoactive peut être rapportée à sa toxicité immédiate ou à long terme, son caractère addictif ou encore être appréciée indirectement, à partir de l'idée que l'usage conduit à consommer

d'autres substances réputées plus dangereuses. Ces éléments s'articulent suivant les modalités d'usage du produit, mais aussi selon le caractère somatique ou psychique des dégâts envisagés, leur nature réversible ou non. La dangerosité peut également être jugée par comparaison avec d'autres substances psychoactives. Enfin, il est aussi possible d'envisager l'angle social en termes de coût pour la société ou de mise en danger d'autrui. Selon les enquêtes ou les questions posées, la dangerosité perçue du cannabis est associée à l'une ou l'autre de ces dimensions.

Quelques croyances persistantes sur la dangerosité du cannabis

En 2002, 61 % des personnes interrogées déclaraient se sentir bien informées sur les drogues. Pourtant, en ce qui concerne la dangerosité du cannabis, une partie des opinions recueillies en population générale témoigne de craintes encore vivaces qui vont à l'encontre des connaissances validées.

Ainsi, en 2002 comme en 1999, l'opinion selon laquelle l'usage de cannabis conduirait à consommer par la suite des produits plus dangereux est partagée par les deux tiers de la population. Cette « thèse de l'escalade » n'est cependant pas étayée scientifiquement, la consommation de drogues dites « dures » à la suite de celle de cannabis aurait principalement des causes psychosociologiques [257]. Par ailleurs, si la proportion de personnes qui estime que le cannabis n'est pas dangereux dès la première prise mais seulement à partir d'une consommation quotidienne a augmenté entre 1999 et 2002 (passant de 28 à 33 %), la moitié de la population continue à considérer que l'expérimentation à elle seule est dangereuse. Pourtant, en dehors de situations spécifiques (comme les risques sur la route), ou de cas exceptionnels, les experts s'accordent pour diagnostiquer un usage nocif à partir d'une utilisation répétée de cannabis [155, 249].

Il est à noter que ces deux associations faites entre cannabis et dangerosité sont très fortement corrélées à l'âge et à la proximité avec le produit. En effet, si 61 % des 25-34 ans adhèrent à la thèse de l'escalade, cette proportion augmente continûment avec l'âge pour atteindre 88 % chez les 65-75 ans. De même, 30 % des 15-17 ans pensent que le cannabis est dangereux dès l'expérimentation alors que cette proportion s'élève à 65 % chez les 65-75 ans. Cette opinion est plus rare parmi les individus ayant des usagers dans leur entourage, voire parmi les usagers eux-mêmes. Ainsi, dans l'enquête spécifique auprès d'usagers réguliers de 2004, seules 7 % des personnes interrogées qui fument régulièrement du cannabis estiment que ce produit est dangereux dès l'expérimentation [67].

Dangerosité comparée

En population générale, lorsque les personnes interrogées sont invitées à indiquer quelle substance psychoactive ils jugent la plus dangereuse, le classement qu'elles opèrent place le cannabis en dernière position très loin derrière l'héroïne, l'ecstasy, la cocaïne mais aussi l'alcool et le tabac. Seules 2 % des personnes interrogées estiment qu'il est le produit le plus dangereux. Par ailleurs, quand la dangerosité est rapportée au risque de dépendance, le cannabis se démarque du tabac et de l'alcool. Le produit dont il est jugé le plus difficile de se passer entre le tabac, le

cannabis et l'alcool est le tabac pour environ la moitié des Français, devant l'alcool (27 %), puis le cannabis (21 %).

Quels dangers ?

La question des dangers spécifiques associés à l'usage de cannabis a été traitée dans le cadre de deux enquêtes qualitatives menées auprès d'usagers réguliers d'une part et de parents d'adolescents d'autre part.

Les usagers réguliers se concentrent sur les dommages qu'ils auraient à subir du fait de leur consommation. Ils ne font pas mention de dommages psychologiques ou sociaux. Ils redoutent avant tout des conséquences pulmonaires ou respiratoires. La dangerosité du cannabis est rapportée aux conséquences physiologiques liées au fait de fumer et donc aussi au fait de fumer du tabac [248].

Les représentations des risques et des dommages des parents d'adolescents interrogés sont à la fois très tranchées et parfois contradictoires. De manière générale, parmi les substances psychoactives, le cannabis est, avec l'alcool, le produit qui suscite le moins d'inquiétude et son usage ponctuel n'est pas associé à des dom-mages. Il est perçu dans un registre positif et rapporté à des comportements récréatifs. Dans le même temps, un usage répété de cannabis à l'adolescence évoque non seulement une forme de déchéance physique, psychologique et sociale mais également un moment de crise passagère liée à cet âge de la vie. Ces représentations plurielles peuvent être rapprochées de l'adhésion des parents interrogés à la thèse de l'escalade d'une part et de leur méconnaissance des effets du cannabis d'autre part [92, 227].

La perception des risques par les jeunes : une comparaison européenne

L'enquête ESPAD (European school survey on alcohol and other drugs) menée auprès des jeunes de 15-16 ans en milieu scolaire en 2003, permet d'étudier la perception des risques liés au cannabis dans une trentaine de pays européens [145]. Il apparaît que la France figure parmi les pays où la proportion de jeunes qui pensent que l'expérimentation de cannabis constitue un grand risque est relativement basse : 23 % contre 70 % en moyenne sur l'ensemble des pays ayant participé à l'enquête. Concernant la perception des risques liés à un usage régulier de cannabis, la France se situe à un niveau plus proche de la moyenne : 64 % des jeunes pensent que cela constitue un grand risque contre 70 % en moyenne sur l'ensemble des pays. Les résultats obtenus dans cette enquête confirment que le niveau d'usage de la population conditionne une large part de la représentation des risques liés à la consommation de cannabis. Toutefois, certains pays sont des exceptions notables à cette règle. D'autres facteurs culturels, législatifs, mais aussi liés au niveau d'information de la population, pèsent également sur la représentation des risques.

Opinions sur la législation relative au cannabis

Opposition à la dépénalisation et à la mise en vente libre

Selon les termes de la loi de 1970 l'usage (public et privé) de cannabis est un délit qui expose le contrevenant à une peine pouvant aller jusqu'à un an d'emprisonnement et 3 750 € d'amende (voir chapitre 16). Cette disposition recueille l'assentiment d'une grande majorité des personnes interrogées en 2002. En effet, seul un tiers des Français estime que l'interdiction de l'usage du cannabis est une atteinte à la liberté individuelle (proportion stable par rapport à 1999). De même, une minorité d'individus (35 %) se déclare favorable à une autorisation de l'usage de cannabis sous conditions. Le fait d'avoir déjà consommé du cannabis influence favorablement le souhait d'une réglementation de son usage : 82 % des consommateurs récents, 55 % des anciens usagers ou expérimentateurs y sont favorables, contre seulement 25 % dans le reste de l'échantillon.

Plus encore que pour l'usage de cannabis sous conditions, la possibilité d'une mise en vente libre du produit est largement rejetée par l'opinion. Seules 24 % des personnes interrogées en 2002 s'y déclarent favorables. Toutefois, il est à noter que cette proportion est en nette augmentation par rapport à 1999 (17 %) et qu'elle se retrouve aussi bien parmi les hommes que parmi les femmes ainsi qu'à tous les âges. De plus, il est également intéressant de noter que cette augmentation est significative parmi les individus qui n'ont jamais consommé de cannabis (14 % d'opinions favorables en 2002 contre 10 % en 1999, $p < 0{,}001$).

Depuis 2002, la question de la mise en vente libre du cannabis a été abordée dans trois sondages effectués auprès d'un échantillon représentatif des 18 ans et plus. Leurs résultats semblent confirmer la tendance mise à jour par l'enquête EROPP. En effet, en 2005, un sondage TNS SOFRES réalisé en août pour le *Figaro Magazine* recueille 28 % d'opinions favorables sur cette question contre 69 % d'opinions défavorables. Ces proportions étaient respectivement de 21 % et 77 % dans le sondage IFOP-Opinion publique réalisé en juin 2004 et de 24 % et 75 % dans le sondage IPSOS effectué en octobre 2002 pour France 2 et *Le Figaro*[51].

L'injonction de soins : une mesure très consensuelle

Le consensus en faveur de l'injonction de soins apparaît très fort. Il regroupe à la fois les individus tolérants à l'égard de l'usage – qui préconisent des alternatives aux poursuites judiciaires – et des individus favorables au caractère coercitif de la mesure. Dans le cas particulier du cannabis, l'injonction thérapeutique apparaît moins systématiquement acceptée que lorsqu'il s'agit des drogues illicites en général, même si 77 % y sont favorables. Il est à noter que certains usagers de cannabis se déclarent favorables à l'injonction thérapeutique même pour ce produit, sans doute parce qu'elle constitue une alternative aux poursuites.

51. Sondages publiés respectivement le 10 septembre 2005, le 28 juin 2004 et le 22 octobre 2002.

Le cannabis thérapeutique largement plébiscité

La prescription de cannabis aux patients atteints de certaines maladies à des fins notamment analgésiques ou anti-émétiques n'est pas autorisée en France sauf à titre exceptionnel (voir chapitre 12). Pour autant, l'audience dont bénéficie cette mesure auprès du public est très importante. En effet, les trois quarts des Français se disent favorables à l'usage thérapeutique du cannabis en 2002, soit une nette progression par rapport à 1999 (67 %). Cette proportion est relativement stable en fonction de l'âge. Elle est positivement corrélée au niveau de diplôme et au fait d'avoir déjà fait usage de cannabis.

Opinions contrastées à l'égard du cannabis

Grâce à une méthode de classification statistique[52] opérée sur les principales questions relatives aux perceptions et aux opinions sur le cannabis, cinq profils d'opinion ont pu être distingués[53].

Une grande majorité de la population (70 %) se situe dans des positions qui manifestent un rejet du cannabis avec une forte adhésion aux dispositions qui encadrent son statut légal, à l'exception notable de l'interdiction de l'usage de cannabis à des fins thérapeutiques. Dans ce groupe majoritaire, trois grands profils se dégagent qui expriment tous une forme de réprobation de l'usage du produit, allant du rejet radical à une condamnation plus modérée. À côté de ce grand groupe, 26 % de la population peut être rangée dans un profil de tolérance vis-à-vis de l'usage du cannabis. Ce profil est scindé en un sous-groupe majoritaire (22 %) qui défend des positions modérées et une minorité (4 %) niant tous les dangers du cannabis.

Au sein du grand groupe réprobateur, le sous-groupe majoritaire (« rejet radical ») choisit presque toujours des modalités de réponse extrême : la condamnation du cannabis est sans nuance. Cette radicalité se retrouve à l'opposé dans la toute petite minorité d'individus optant pour des positions très favorables au cannabis (« négation du danger »). Par contraste, le sous-groupe des « favorables modérés » n'occulte pas la dangerosité du cannabis, mais la situe à un niveau de consommation élevé. De plus, si les positions politiques en faveur du cannabis sont souvent claires dans ce groupe, elles sont rarement radicales.

Facteurs associés aux perceptions et aux opinions

Parmi les critères étudiés en population générale, c'est la proximité du cannabis (s'en être déjà vu proposer, ou connaître des consommateurs) et le fait d'en avoir déjà consommé qui semblent influencer le plus fortement les opinions recueillies. Le niveau de diplôme et, dans une moindre mesure, l'âge apparaissent également très discriminants. Ainsi, les plus diplômés sont plus enclins à distinguer le cannabis des autres produits illicites en termes de dangerosité. Ils sont

52. *Classification ascendante hiérarchique.*

53. *Si l'on exclut environ 4 % d'individus se déclarant peu concernés ou particulièrement indécis.*

Figure 34 : Typologie des cinq profils d'opinion à l'égard du cannabis

	Rejet radical = 34 %	**Franche condamnation** = 24 %	**Condamnation modéreé** = 12 %	**Favorables modérés** = 22 %	**Négation du danger** = 4 %
Principales caractéristiques					
Sexe	58 % F	58 % F	52 % H	59 % H	70 % H
Âge moyen	47 ans	42 ans	39 ans	35 ans	31 ans
Diplôme	28 % Sans diplôme	Dans la moyenne	Dans la moyenne	Niveau d'études élevé	Très haut niveau d'études
Ont déjà fumé du cannabis	5 %	10 %	18 %	53 %	77 %
Principales questions de perception et d'opinion					
L'escalade	92 % tout à fait d'accord	100 % plutôt d'accord	42 % plutôt d'accord	84 % contre	69 % tout à fait contre
Danger dès l'expérimentation	88 % oui	73 % oui	100 % à partir d'une consommation occasionnelle seulement	89 % à partir d'une consommation quotidienne seulement	100 % jamais dangereux
La mise en vente libre	86 % tout à fait contre	95 % contre	67 % tout à fait contre	37 % plutôt d'accord	41 % tout à fait d'accord
L'interdit : une atteinte à la liberté individuelle	60 % e tout à fait contre	76 % contre	29 % plutôt contre	53 % plutôt	34 % tout à fait d'accord
Le cannabis thérapeutique	33 % tout à fait d'accord	26 % tout à fait d'accord	33 % tout à fait d'accord	48 % tout à fait d'accord	68 % tout à fait d'accord

Source : EROPP 2002, OFDT.

aussi plus nombreux à se déclarer favorables à certaines propositions libérales concernant le statut légal du cannabis. L'âge, quant à lui, oppose globalement les plus âgés, moins tolérants vis-à-vis du cannabis, aux plus jeunes. Même si la plupart du temps les écarts entre hommes et femmes sont faibles, ces dernières semblent plus inquiètes sur certains thèmes précis : elles citent plus souvent la drogue comme thème de préoccupation, adhèrent plus fréquemment à la thèse de l'escalade et rejettent plus volontiers les mesures libérales concernant le cannabis.

Au final, il apparaît qu'en 2002 une large majorité de la population reste attachée à l'interdiction de l'usage de cannabis, en subordonnant toutefois son avis aux modalités de cet usage : celui-ci est mieux accepté s'il est envisagé à des fins thérapeutiques et sous contrôle médical. Les évolutions constatées entre 1999 et 2002 mettent en évidence le statut ambigu du cannabis : bien qu'une majorité de la population reste favorable à l'interdiction de son usage, il est perçu comme beaucoup moins dangereux que les autres drogues illicites et tend aussi à être perçu, dans une certaine mesure, comme moins dangereux que le tabac et l'alcool.

Repères méthodologiques

Enquête « Consommateurs réguliers de cannabis » ; Enquête « Parents-cannabis » ; Enquête qualitative auprès des usagers réguliers de cannabis ; EROPP ; ESPAD

20

Le cannabis dans le débat public et médiatique

Julie-Émilie Adès, Michel Gandilhon

Niveaux d'usage, statut légal, composition, risques engendrés… On n'aura jamais autant parlé de cannabis en France qu'au cours des dernières années.

Cette omniprésence dans le débat public (qu'il soit porté par les discours politiques ou ceux des représentants de la société civile) trouve un large écho dans les médias qui eux-mêmes servent d'amplificateur aux informations ou prises de position diverses, quand ils ne les suscitent pas. La substance illicite la plus souvent consommée en France est également la plus largement évoquée aujourd'hui dans les médias. De comptes rendus réguliers en dossiers spéciaux, sans oublier les tribunes souvent enflammées, les relations de la presse – surtout écrite – avec le cannabis sont intenses.

Outre l'actualité proprement dite (résultats d'enquêtes, chiffres de saisies, colloques, etc.), c'est la nature de la substance qui lui assure un considérable succès médiatique. Parce que c'est un produit illicite, donc recelant une part d'ombre, un produit surtout consommé par les jeunes et dont l'image leur est couramment associée, parce qu'entre banalisation et diabolisation il se prête aux prises de position marquées et aux raccourcis, le cannabis suscite l'intérêt. Qui plus est dans une grande diversité d'approches : sécuritaire, sociétale, sanitaire, « people » ou pour certains titres carrément ludique.

L'appel du « 18 Joint »

Si l'intérêt des médias pour le cannabis n'est pas nouveau il a d'abord été confidentiel et fortement lié à la question de la dépénalisation. Au début des années 1970, c'est dans la presse *underground* qu'il faut chercher les références au produit [180]. Fer de lance en France de cette « contre-culture », *Actuel* s'intéresse aux drogues en général et à la « défonce ». Après un numéro titré « La drogue » en mai 1972, illustré d'un joint en couverture, le mensuel consacre en février 1974 son numéro

à « L'herbe ». Les vertus du produit y sont défendues et opposées à la censure imposée.

Une nouvelle étape est franchie le 18 juin 1976 quand le journal *Libération*, fondé trois ans plus tôt, publie un texte en faveur de la dépénalisation de l'usage du cannabis. Jouant sur le jour retenu pour la publication, le quotidien écrit : « *Voici donc l'appel du 18 Joint. Une nouvelle date historique peut-être, en tout cas, la première initiative dans notre cher pays pour dépénaliser le cannabis et chercher à démythifier le "fameux problème de la drogue"*. » Les 150 premiers signataires du texte cités par le journal reconnaissent avoir déjà fait usage de cannabis et affichent éventuellement leur intention de récidiver. Parmi eux figurent André Gluksmann, Gilles Deleuze, Isabelle Huppert, Maxime Le Forestier, Bernard Kouchner, Edgar Morin, Philippe Sollers ou encore des journalistes comme Philippe Val (*Charlie Hebdo*) ou Jean-François Bizot (fondateur d'*Actuel*)…

En dépit de l'article L. 630 du code de la santé publique (devenu article L. 3421-4 dans le nouveau code de la santé publique) qui stipule que toute présentation d'un produit illicite sous un jour favorable est susceptible d'être réprimée, les signataires de l'appel ne seront pas poursuivis. Dans son édition du 17-18 juin 2006, commémorant les trente ans de cet appel, *Libération* précise que le texte a au total recueilli 2 500 signatures. Même si la question de la dépénalisation est alors encore limitée à certains cercles militants, cet appel a acquis avec le temps « une aura mythique » [180] auprès des antiprohibitionnistes… et de ses opposants. La date du « 18 joint » sera régulièrement « célébrée » par les partisans de la dépénalisation[54] comme par la presse.

Un intérêt grandissant de la presse

La question du statut légal du cannabis, quant à elle, gagne peu à peu du terrain. À l'été 1980, les déclarations du jeune tennisman Yannick Noah au magazine *Rock'n'Folk* confiant qu'il consomme du cannabis font scandale et sont reprises par l'ensemble de la presse écrite et audiovisuelle. Si le sportif confirme ses dires quelques années plus tard lors d'une émission télévisée à large audience (*Bas les masques*) l'attitude générale de la presse reste tout de même circonspecte sur le thème des drogues en général et du cannabis en particulier.

Ainsi, une étude menée par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies sur le discours des « médias jeunes » en matière de drogues pendant les années 1997-1998 [115] souligne la prudence des médias français sur ces sujets. Cela n'empêche pas une ministre en exercice, Dominique Voynet, de déclarer à *Charlie Hebdo* en 1997 avoir déjà fumé et être en faveur de la dépénalisation, déclenchant immédiatement la polémique.

Mais c'est surtout au cours des années suivantes que le discours de la presse va évoluer. Un travail conduit par l'OFDT dans le cadre du dispositif TREND

54. L'appel sera ainsi relancé par le Collectif d'information et de recherche cannabique (CIRC) à partir de 1993 qui organise un rassemblement à Paris. En 2006, le CIRC rédige un nouvel appel et recueille des signatures sur Internet. Les signataires du premier appel figurent en très faible nombre.

(Tendances récentes et nouvelles drogues) autour de l'évolution des représentations des drogues illicites en France [119] et portant sur une période allant de décembre 2000 à septembre 2003 confirme une libération de la parole médiatique sur le cannabis et une volonté de mettre en cause les tabous qui portent sur l'usage d'une substance dont le statut de « drogue » est de plus en plus contesté.

Examinant le contenu de différentes publications mensuelles plutôt destinées aux jeunes adultes[55], l'étude met d'abord en lumière la banalisation du concept d'addiction dans les titres retenus et montre que le cannabis est la substance illicite la plus souvent mentionnée dans le cadre d'une approche plutôt « positive ». À titre d'exemple, le rapport recense sept dossiers « cannabis » dans le magazine masculin *Max* entre 2001 et 2003 dans lesquels le statut légal du produit est régulièrement remis en cause. L'étude mentionne également la position plus virulente du mensuel culturel *Technikart* contre la « prohibition ». Ou encore *Nova Magazine*, héritier d'*Actuel*, (toujours dirigé par Jean-François Bizot), qui publie en février 2002 un dossier (30 pages dont un sondage exclusif) consacré au cannabis titrant en une « *On arrête de se cacher* » sous la photo en gros plan d'une jeune fille en train de fumer un joint. Au-delà de la revendication de la levée de l'interdiction du cannabis, ces magazines tendent à mettre en avant la dangerosité de l'alcool et du tabac, drogues licites, par rapport à ce produit illicite. Et même si les effets toxiques du cannabis sont régulièrement mentionnés, la qualité intrinsèque du produit, notamment pour des usages thérapeutiques, est également vantée. Peu à peu, il apparaît que le débat sur le cannabis sort de sa marginalité pour devenir un sujet grand public. Si dans les années 1970, la question du cannabis relève d'un combat politique relativement marginal, à la fin des années 1990, elle devient un véritable enjeu de société avec une place à part entière dans les médias.

Évolutions récentes des discours

Un enjeu électoral et politique

Quelques semaines avant le premier tour de l'élection présidentielle de 2002, le cannabis fait une entrée remarquée dans la campagne, par médias interposés. Le 17 janvier[56] *Libération* place en première page une feuille de cannabis et annonce « *Cannabis 16 candidats interpellés* » les interrogeant (directement ou via un porte-parole) sur la loi de 1970. Si plusieurs compétiteurs se prononcent pour une évolution de la loi, trois d'entre eux s'expriment clairement pour la dépénalisation. Olivier Besancenot, Ligue Communiste Révolutionnaire : « *Nous sommes pour la légalisation du cannabis* » ; Noël Mamère, les Verts : « *Les Verts sont favorables à une légalisation des drogues douces* » et Alain Madelin, Démocratie Libérale : « *Il faut oser le débat sur la drogue.* » Deux mois plus tard, répondant par écrit à l'Agence France Presse, le Premier ministre et candidat socia-

55. L'Affiche, Têtu, Max, Technikart, Coda, Trax, Nova , Magazine, DS.

56. La plupart des références postérieures à 1999 sont extraites de la revue de presse quotidienne de la MILDT. Voir repères méthodologiques.

liste Lionel Jospin relance le débat. Il affirme être opposé à une « *dépénalisation du cannabis* » tout en estimant que « *fumer un joint chez soi est certainement moins dangereux que boire de l'alcool avant de conduire, pour soi et aussi pour autrui* ». La une du *Monde* titre sobrement sur ce thème, le 27 mars, « *Le cannabis s'invite dans la campagne* », mais risque sur le même sujet un ton plus complice dans son supplément *Le Monde 2* au mois d'avril : « *Le cannabis se joint à l'élection.* »

Le cannabis ne quitte pas l'actualité politique après les élections. Dès sa nomination à la tête de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), le docteur Didier Jayle se déclare opposé à la dépénalisation du cannabis (*Le Figaro* du 22 novembre 2002). Et surtout, au printemps 2003, Jean-Pierre Raffarin, alors Premier ministre, Jean-François Mattei, ministre de la Santé et Nicolas Sarkozy, ministre de l'Intérieur se prononcent pour une refonte de la loi de 1970 et la mise en place d'un système de contraventions. Le 21 septembre 2003, dans l'émission *Zone interdite* de la chaîne M6, le Premier ministre confirme la réforme et la mise en place d'une graduation des peines. Celle-ci sera évoquée jusqu'à l'été 2004 avant, au final, le choix du *statu quo* législatif et l'adoption d'une nouvelle circulaire de politique pénale (voir chapitre 16) en parallèle à l'annonce du nouveau plan quinquennal de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool préparé par la MILDT. L'accent mis sur le cannabis dans ce plan contente les uns (« *Un plan quinquennal pour lutter contre le cannabis* » titre *Le Figaro* le 30 juillet tandis que *La Croix* évoque un « *objectif clairement affiché* ») et en déçoit d'autres (« *une overdose répressive* » pour l'*Humanité* du 31 juillet, « *un plan (...) qui a fait machine arrière* », selon *Le Parisien* du 1er août). Quant à la non réforme de la loi, le journal *Les Échos* résume : « *La décision du gouvernement ne fait pas l'unanimité* », le 30 juillet, alors que *Le Monde* indique : « *Loi sur le cannabis : encore une dérobade* », le 10 août 2004.

Débats sur la Sécurité routière et la campagne gouvernementale

Outre ce débat relatif aux sanctions, un face à face sur l'implication du cannabis dans les accidents de la route polarise des oppositions très marquées à partir de l'automne 2002. Cette question tend à accaparer une place de plus en plus grande dans les journaux français au détriment des controverses portant sur la dépénalisation et l'éventuelle innocuité de l'usage. Le débat parlementaire, qui conduira au vote de la loi dite Dell'Agnola [8] (créant un délit de conduite sous l'emprise de stupéfiants), donne lieu à de nombreuses passes d'armes entre les partisans de l'instauration de ces nouvelles sanctions et ceux qui préféreraient attendre les résultats de l'enquête épidémiologique en cours (voir chapitre 13). « *Vers la tolérance zéro pour le cannabis au volant* » titre *Le Parisien* le 8 octobre 2002 face à un éditorial « *Inutile* » de *Libération* le même jour. Lequel *Libération* écrit le lendemain : « *Cannabis au volant la droite hallucinante* » en rendant compte des arguments déployés lors du débat à l'Assemblée nationale. Derrière les affrontements politiques et journalistiques la controverse est scientifique. « *Partout passionnel, le débat sur le cannabis l'est peut-être spécialement en France. À l'affrontement droite-gauche se superpose*

*une véritable guerre entre une partie de l'*establishment *hospitalo-universitaire liée aux partis de droite, et l'élite de la communauté scientifique, rompue au démasquage des conclusions hâtives* », écrit le mensuel *La Recherche* en mars 2003 [169] rappelant les levées de boucliers des anti-cannabis lors de la sortie du rapport Roques en 1998 [257], au moment de la publication de l'expertise collective de l'INSERM en 2001 [155] et dans cette polémique sur le cannabis au volant.

Trois ans plus tard, dans l'attente de la présentation des résultats de l'enquête épidémiologique, le débat n'est pas apaisé et les journaux en sont toujours partie prenante. « *L'usage de la drogue a tué 1 500 jeunes l'année dernière sur la route* », affirme l'édition du *Parisien* du 6 août 2005. Dans la même page, un peu plus haut, il est indiqué que 1 227 jeunes (18-24 ans) ont été tués en 2004… « *Morts au volant, les ravages du cannabis chez les jeunes* » annonce en gros titre la une du *Figaro* le 30 novembre 2005, citant une autre étude : « *Selon un rapport, près d'un tué sur deux avait consommé un produit stupéfiant avant de conduire.* » « *Cannabis au volant, bagarre de chiffres aux arrière-pensées idéologiques* » résume une des dépêches de l'AFP le 2 décembre 2005, témoignant du climat toujours passionnel autour du sujet.

Quelques mois plus tôt déjà, le démarrage de la campagne gouvernementale « *Le cannabis est une réalité* » (voir chapitre 14), conçue par le ministère de la Santé, des Solidarités et de la Famille, l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) et la MILDT, avait permis de mesurer les antagonismes. Avec d'un côté une certaine propension à l'amplification et de l'autre une critique parfois féroce. Pour *Le Figaro* du 2 février 2005 c'est : « *Cannabis. L'état d'alerte* ». Le 11 février, dans son article « *Ados et... accros au cannabis* », l'hebdomadaire *La Vie* évoque un joint souvent « *coupé avec du plastique ou de la cocaïne* » ; le 24 février, *La Croix* annonce en première page : « *Le cannabis devient un fléau sanitaire* »… Alors que *Libération*, le 3 février, a souligné en évoquant les spots de la campagne « *la noirceur abrupte des récits (qui) tombent vite dans la caricature* ».

Des points de vue plus critiques et axés sur les risques sanitaires

« *Les médias constituent également parfois un important relais, quand ils ne l'initient pas, du "bruit de fond" participant à la banalisation des drogues. Ce message déviant envoyé notamment à la jeunesse perturbe profondément le travail des différents acteurs du dispositif de lutte contre la drogue* », affirmait en juin 2003 le Rapport de la commission d'enquête sénatoriale sur la politique de lutte contre les drogues illicites stigmatisant un peu plus loin « *les "Guignols de l'info" sur Canal Plus et à la présentation familière ou sympathique qui y est faite du "pétard" ou du " joint"* ».

Force est pourtant de constater, au cours de la période récente, une évolution du discours général sur le cannabis. De fait, les médias pointent plus souvent et plus volontiers sa dangerosité potentielle et même la presse « jeunes adultes » évoque le produit[57] avec davantage de distance : « *Cannabis : Enquête sur une*

57. On mentionnera un dossier de Technikart *en février 2006 sur le lien entre une récente pénurie de cannabis et les émeutes dans les banlieues en novembre 2005.*

drogue pas si cool », résume le numéro du mensuel *Phosphore* destiné aux 15-25 ans en septembre 2004. En avril 2006, une enquête de la revue *60 millions de consommateurs* sur la toxicité de la fumée de cannabis engendrera de nombreuses reprises aussi bien dans *Le Figaro* que dans *Libération* mais aussi en télévision (émission *C dans l'air* sur France 5 du 28 avril 2006 à l'intitulé éloquent *Cannabis le 3e fléau*). Si l'on parle beaucoup du cannabis, c'est de plus en plus souvent en jouant le sensationnalisme ou une certaine dramatisation. Au printemps 2004 une exposition ouvre à Paris intitulée « *Le cannabis sous l'œil des scientifiques*[58] ». L'idée est de mettre en lumière « *les connaissances avérées et les incertitudes* » sur le produit. Pour en rendre compte *Le Parisien* choisit le témoignage d' « *Alice, une "accro" de 16 ans et demi* ». Le 14 avril 2004, *Le Parisien* titre à la une « *12-18 ans l'Explosion du cannabis* » pour évoquer une forte hausse des consommations sur dix ans selon les résultats de l'enquête ESPAD 2003 (voir chapitre 2). Et, toujours dans *Le Parisien,* on peut lire, le 24 octobre 2004, ce titre à propos des fumeurs dépendants : « *Quand le hasch devient une drogue dure.* » Alors que certains dénoncent une « focalisation » excessive de la part des pouvoirs publics (*Le Monde* du 28 juillet 2006 dans une analyse titrée « *Cannabis : l'arme des interdits* »), c'est la méfiance envers le produit qui domine.

Signe des temps, un magazine comme *Le Nouvel Observateur* lui consacrera, pour la première fois, deux sujets de couverture en un peu plus de 18 mois. « *Les ados et le cannabis : enquête sur les dangers d'une drogue pas si douce...* » (17 février 2005), ce numéro constituant une des meilleures ventes en kiosques de l'hebdomadaire dans l'année, et « *Parents et ados : les pièges du cannabis* » (26 octobre 2006). Outre une évocation de la généralisation de la consommation, des dangers du produit et des conseils aux parents, on trouve dans ces quatorze pages un encadré dévolu à trois partisans du cannabis ou de sa dépénalisation (Thierry Ardisson, Noël Mamère, Yannick Noah).

Une des clés de cette apparente contradiction, entre crainte et attirance et qui résume assez bien l'attitude générale actuelle de la presse est peut-être donnée par les journalistes du *Nouvel Observateur* eux-mêmes dans leur dossier : « *Les discours dominants sont élaborés par une génération de quadras-quinquas qui ont gardé la nostalgie de leurs jeunes années de fumette contestataire ! Ce sont les mêmes qui se rongent les sangs aujourd'hui avec leurs enfants.* »

58. « *Le cannabis sous l'œil des scientifiques à la Cité des sciences et de l'industrie* », du 6 mai au 10 octobre 2004.

2007 : peu de place pour le cannabis dans la campagne présidentielle

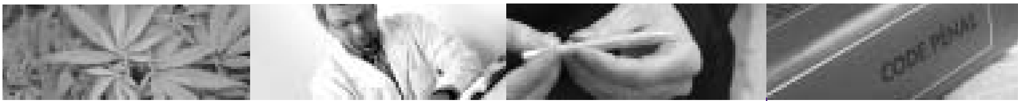
Au contraire des débats suscités en 2002, les questions relatives au cannabis, et notamment celles liées au statut légal du produit, auront été quasiment absentes de la campagne présidentielle 2007. Aucun des candidats n'en a fait un enjeu et ils auront été rarement interrogés sur le sujet.

Dans son numéro de mars 2007, le mensuel *Technikart* répertorie dans un tableau comparatif les propositions de dix candidats sur des « sujets-phares », dont celui-ci, faisant apparaître que seuls Olivier Besancenot, José Bové et Dominique Voynet se sont prononcés en faveur de la dépénalisation.

Interrogés à tour de rôle lors d'une série d'émissions sur la chaîne M6 (*Cinq ans avec*) les trois candidats placés en tête par les sondages début 2007, François Bayrou, Ségolène Royal et Nicolas Sarkozy, déclarent chacun ne jamais avoir consommé de cannabis.

Sur la radio musicale *Skyrock*, destinée aux jeunes, Nicolas Sarkozy, invité le 17 mars, se prononce pour une réforme de la loi de 1970 et une « contraventionalisation » de l'usage du cannabis. Selon lui, cette formule « *introduirait un véritable interdit social, parce que je n'autoriserai pas la drogue* ». Cette position reprend ses déclarations antérieures en tant que ministre de l'Intérieur en faveur d'un système de contraventions inscrites au casier judiciaire pour les consommateurs de cannabis (voir plus haut et chapitre 16).

Deux jours plus tard, sur la même radio, François Bayrou juge lui aussi la loi de 1970 inadaptée. Quant à Ségolène Royal, interviewée à son tour, elle indique ne pas envisager de modifier la législation sur la consommation de stupéfiants, notamment de cannabis, car « *il faut une limite* » pour les jeunes. Une position différente de celle du Parti Socialiste qui avait défendu dans son programme, adopté en juin 2006, l'idée d'une « régulation publique » (c'est-à-dire assurée par l'État) : « *En ce qui concerne le cannabis, face aux risques liés à une consommation largement répandue, nous ouvrirons un débat pour proposer une régulation publique, et une révision de la loi de 1970.* »



Annexes

Textes législatifs en France et en Europe

Infractions pénales et sanctions encourues au titre de l'usage et du trafic de stupéfiants en France

Le tableau suivant décrit le statut légal de l'usage ou de la possession pour usage personnel du cannabis dans différents pays européens. Les informations sont issues de la base de données légales européennes tenue par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies et publié sur leur site internet :
http://eldd.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.Content&nnodeid=5769&sLanguageiso=EN

	Incrimination (peine maximale encourue)	Texte
Les délits		
- Usage illicite de stupéfiants	1 an d'emprisonnement et 3 750 € d'amende	Code de la santé publique L.3421-1
- Usage de stupéfiants constaté dans un lieu ouvert au public ou utilisé par le public (hôtel, maison meublée, pension, débit de boissons, restaurant, club, cercle, dancing, lieu de spectacle)	Fermeture administrative ou judiciaire + confiscation du produit de l'infraction	Code de la santé publique L.3421-3, L.3422-1 Code de procédure pénale, art.706-33 Code pénal, art. 222-49
- Provocation à l'usage de stupéfiants ou présentation de ces infractions sous un jour favorable - Provocation à une infraction à la législation sur les stupéfiants	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende	Code de la santé publique, L.3421-4
- Offre ou cession à une personne en vue de sa consommation personnelle	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende	Code pénal, art. 222-39 1er alinéa
- Offre ou cession à des mineurs ou dans des centres d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration	10 ans d'emprisonnement	Code pénal, art. 222-39 2e alinéa
- Provocation d'un mineur à l'usage de stupéfiants	5 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende	Code pénal, art. 227-18 1er alinéa
- *Circonstance aggravante* : mineur de moins de 15 ans ou faits commis dans un établissement scolaire ou aux abords de celui-ci	7 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende	Code pénal, art. 227-18 2e alinéa
- Provocation d'un mineur au trafic de stupéfiants (transport, offre et cession)	7 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende	Code pénal, art. 227-18-1 1er alinéa

	Incrimination (peine maximale encourue)	Texte
- *Circonstance aggravante* : mineur de moins de 15 ans ou faits commis dans un établissement scolaire ou aux abords de celui-ci	10 ans d'emprisonnement et 300 000 € d'amende	Code pénal, art. 227-18-1 2e alinéa
- Transport, détention, offre cession, acquisition, emploi illicite de stupéfiants - Facilitation de l'usage	10 ans d'emprisonnement et 7 500 000 € d'amende	Code pénal, art. 222-37 1er alinéa, 2e alinéa
- Importation ou exportation illicites de stupéfiants	10 ans d'emprisonnement et 7 500 000 € d'amende	Code pénal, art. 222-36, 1er alinéa
- Non-justification de ressources correspondant à son train de vie tout en étant en relations habituelles avec une ou des personnes se livrant à des crimes ou délits de trafic en matière de stupéfiants, ou avec une ou plusieurs personnes faisant usage de stupéfiants	7 ans d'emprisonnement et 200 000 € d'amende	Code pénal, art. 321-6-1
- *Circonstance aggravante* : si ces personnes sont mineures	10 ans d'emprisonnement et 300 000 € d'amende	Code pénal, art. 221-6-1, 3e alinéa
- Blanchiment simple d'argent	5 ans d'emprisonnement et 375 000 € d'amende	Code pénal, art. 324-1
- Blanchiment aggravé commis de façon habituelle ou en utilisant les facilités liées à une activité professionnelle, ou bien commis en bande organisée	10 ans d'emprisonnement et 750 000 € d'amende	Code pénal, art. 324-2
- Blanchiment de l'argent provenant du trafic de stupéfiants (importation, acquisition, cession, transport, détention, offre)	10 ans d'emprisonnement et 750 000 € d'amende	Code pénal, art. 222-38 1er alinéa

	Incrimination (peine maximale encourue)	*Texte*
- Conduite sous l'influence de stupéfiants	2 ans d'emprisonnement et 4 500 € d'amende	Code de la route, art. L 235-1, L 235-2, L 235-3
Circonstances aggravantes : - Sous influence de stupéfiants et sous l'empire d'un état alcoolique	3 ans d'emprisonnement et 9 000 € d'amende	Code de la route, art. L 235-1
- Consommation de stupéfiants en cas d'homicide involontaire	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende	Code pénal, art. 221-6-1
Les crimes		
- Production ou fabrication illicites de stupéfiants	20 ans de réclusion criminelle et 7 500 000 € d'amende	Code pénal, art. 222-35 1er alinéa
- *Circonstance aggravante* : si les faits sont commis en bande organisée	Peine de réclusion portée à 30 ans	Code pénal, art. 222-35 2e alinéa
- Importation ou exportation illicites de stupéfiants en bande organisée	30 ans de réclusion criminelle et 7 500 000 € d'amende	Code pénal, art. 222-36 2e alinéa
- Direction ou organisation d'un groupement ayant pour objet la production, la fabrication, l'importation, l'exportation, le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants	Réclusion criminelle à perpétuité et 7 500 000 € d'amende	Code pénal, art. 222-34
- Blanchiment de l'argent provenant des crimes cités aux articles 222-34, 222-35, 222-36 2e alinéa	De 20 ans de réclusion à la réclusion criminelle à perpétuité et 7 500 000 € d'amende	Code pénal, art. 222-38 2e alinéa

N.B. : La tentative des délits prévus par les articles 222-36 à 222-39 est punie des mêmes peines (art.222-40 du code pénal).

Statut légal de la « possession de cannabis pour usage personnel » en Europe

Infractions et peines prévues au titre de l'usage personnel	Référence législative	Seuil de de tolérance / niveau de sanction	Différenciation entre les substances ? Comment ?
Allemagne			
Comme pour toute drogue, les infractions liées au cannabis sont passibles d'une amende ou d'une peine qui peut aller jusqu'à 5 ans d'emprisonnement. Possibilité de remise de peine en cas de « quantité insignifiante » ou en cas d'usage personnel.	Loi sur les narcotiques s.29, s.31a ; Décision de la Cour constitutionnelle de mars 1994.	La Cour Constitutionnelle a statué sur la marge de manœuvre pénale des Länder, qui ont la possibilité d'abandonner les poursuites en cas de détention de petites quantités pour usage personnel, même si le caractère d'infraction pénale de la détention de cannabis est reconnu comme un principe inscrit dans la Constitution. Chaque Land a défini sa quantité maximum tolérée propre (« quantité significative »).	Différenciation opérée dans une décision de la Cour constitutionnelle. En pratique, les exemptions de la loi sur les narcotiques sont appliquées essentiellement pour la détention de cannabis.
Autriche			
Comme pour toute drogue, les infractions liées au cannabis sont passibles d'une peine de 6 mois d'emprisonnement maximum. Si l'usager satisfait à certaines conditions, une inscription au casier judiciaire peut être évitée dans les cas où la détention concerne de petites quantités (pour des usagers interpellés pour la 1re fois en particulier).	SMG, s.35(4)	Une petite quantité est définie comme inférieure ou égale à 2 g de THC, soit 10 % de la quantité-limite (« quantité sérieuse ») de 20 g telle qu'elle est définie dans l'Ordonnance 378/1997 (les procureurs continuent toutefois d'appliquer une recommandation du Comité de la santé de 1980 qui indique qu'une « petite quantité » représente 10 % d'une « quantité sérieuse »).	Différenciation prévue par la loi.

Infractions et peines prévues au titre de l'usage personnel	Référence législative	Seuil de de tolérance / niveau de sanction	Différenciation entre les substances ? Comment ?
Belgique			
La possession de cannabis pour usage personnel est interdite : elle est passible d'un simple avertissement par les services de police si elle ne s'accompagne pas de troubles à l'ordre public. Les infractions accompagnées de trouble à l'ordre public sont passibles d'une peine de 3 à 12 mois d'emprisonnement.	Loi du 24 février 1921, Art 2ter; Arrêté royal du 31 décembre 1930, Art 28; Directive de 17 avril 1998; Directive ministérielle du 16 mai 2003 ; Directive commune de la ministre de la Justice et des autorités judiciaires du 25 janvier 2005.	La Directive Justice de 2003 indique un seuil maximum toléré de 3 g pour l'usage personnel de cannabis ou d'un plant isolé.	Différenciation détaillée dans les directives du ministère de la Justice.
Chypre			
Le cannabis est une substance de la classe B - un emprisonnement à vie peut être encouru pour usage et une peine d'emprisonnement maximum de 8 ans pour détention (2 ans maximum pour une 1re infraction commise par un usager de moins de 25 ans).	Loi sur les narcotiques et les substances psychotropes de 1977, s.6 (sur le caractère d'infraction pénale), s.30A (sur les quantités), 3e Plan gouvernemental (sur les sanctions prévues).	3 plants ou plus ainsi que 30 g ou plus de cannabis sont supposés relevés du trafic.	
Danemark			
Comme pour toute drogue, les infractions liées au cannabis sont passibles d'une amende ou d'une peine qui peut aller jusqu'à 2 ans d'emprisonnement.	Ordre Exécutif No.698/1993 s.27(1); Act No. 445 of 2004, s.3(1); Directive aux procureurs 35/2004.	Le paiement d'une amende est la sanction la plus couramment appliquée. Pour une première infraction, la quantité détenue fait l'objet d'une tolérance (jusqu'à 10 g de résine ou 50 g d'herbe) : le procureur procède alors à un avertissement ou un rappel à la loi dans certaines circonstances.	La seule différenciation reconnue figure dans les directives de la chancellerie qui parlent de détention « dans des circonstances particulières ». Les avertissements répétés ne sont autorisés que pour la détention de cannabis.

Infractions et peines prévues au titre de l'usage personnel	Référence législative	Seuil de de tolérance / niveau de sanction	Différenciation entre les substances ? Comment ?
Espagne			
Comme pour toute drogue, les infractions liées au cannabis (détention et usage en public) sont passibles de sanctions administratives.	Loi 1/1992, Art 25-28.	La pratique judiciaire suggère que la détention est poursuivie à partir de quantités supérieures à 40 g de résine.	Pas de différenciation.
Estonie			
Comme pour toute drogue, l'usage et la détention de petites quantités constituent des infractions pénales, passibles d'une amende de police ou d'une peine de 30 jours de rétention administrative. La détention de « quantités importantes » est une infraction criminelle passible d'une peine qui peut aller jusqu'à 10 ans d'emprisonnement.	Loi sur les narcotiques et les substances psychotropes de 1997, Art. 31, Art.151; code pénal, Art.184	Depuis le 1er juillet 2005, la notion de « quantités importantes » est définie par la loi sur les narcotiques et les substances psychotropes (Art. 31) comme la quantité de substance nécessaire pour intoxiquer au moins 10 personnes. Les directives du bureau des procureurs du 22 juillet 2005 fixe cette quantité à plus de 20 g d'herbe ou 10 g de résine.	Pas de différenciation.
Finlande			
Comme pour toute drogue, les infractions liées au cannabis telles que l'usage, la détention ou la culture de cannabis sont passibles d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement de 2 ans maximum. La détention de petites quantités pour usage personnel est passible d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement de 6 mois maximum.	Code pénal, chapitres 50:1 et 50:2a.	Les directives du bureau des procureurs du 22 juillet 2005 fixe cette quantité à plus de 20 g d'herbe ou 10 g de résine.	Pas de différenciation.

Infractions et peines prévues au titre de l'usage personnel	Référence législative	Seuil de de tolérance / niveau de sanction	Différenciation entre les substances ? Comment ?
France			
Comme pour toute drogue, l'usage est passible d'une amende ou d'une peine pouvant aller jusqu'à 1 an d'emprisonnement. La détention est passible d'une peine d'emprisonnement de 10 ans maximum.	Code de la santé publique Art.L.3421-1; code pénal Art. 222-37; circulaire du ministère de la Justice du 8 avril 2005.	Avertissement pour une première interpellation pour usage, si l'usage est occasionnel et si les circonstances ne justifient pas des poursuites. Les usagers occasionnels ou réguliers bénéficient d'une injonction thérapeutique ou d'un classement vers une structure sociosanitaire.	Pas de différenciation, même si les circulaires de la chancellerie distinguent le cannabis.
Grèce			
Comme pour toute drogue, les infractions liées au cannabis sont passibles d'une peine qui peut aller jusqu'à 1 an d'emprisonnement, que l'usager interpellé pour la première fois peut éviter s'il accepte un traitement.	Loi 1729/1987 Art.12, modifiée par l'art.5 de la Loi 3189/2003; 2161/1993 art.14.		Différenciation prévue par la loi : l'autoculture de cannabis peut également relever d'une détention pour usage personnel.
Hongrie			
Comme pour toute drogue, la détention de petites quantités est passible d'une peine allant jusqu'à 2 ans d'emprisonnement et s'il s'agit d'une personne dépendante, jusqu'à 1 an d'emprisonnement, un travail d'intérêt général ou une amende. Il peut y avoir suspension ou remise de peine si le contrevenant accepte un traitement.	Code pénal (Act IV de 1978), s.282, s.282/C; Loi statutaire 5/1979 s. 23.	1 g maximum de THC.	Pas de différenciation.

Infractions et peines prévues au titre de l'usage personnel	Référence législative	Seuil de de tolérance / niveau de sanction	Différenciation entre les substances ? Comment ?
Irlande			
La détention pour usage personnel est passible d'une amende lors de la 1re ou 2e interpellation. Á partir de la 3e interpellation, le contrevenant risque une peine d'emprisonnement qui peut aller jusqu'à 1 an (procédure rapide) ou jusqu'à 3 ans (procédure judiciaire), ou bien une amende, ou bien les deux.	Loi sur l'usage et l'abus de drogues (« Misuse of Drugs Act »), ss.3, 27(1)(a).	Une peine d'amende accompagne toute condamnation pénale.	Différenciation prévue par la loi
Italie			
Comme pour toute drogue, les infractions liées à l'usage de cannabis (la détention pour usage personnel, par exemple) sont passibles d'une sanction administrative à partir de la 2e fois où l'infraction est commise.	DPR 309/90, Art. 75.	Un avertissement est donné pour la première infraction de détention pour usage personnel, en présumant que le contrevenant ne réitérera pas l'infraction.	Différenciation prévue par la loi. L'avertissement / rappel à la loi n'est utilisé que dans les cas de détention de drogues d'une certaine classe (qui inclut le cannabis).
Lituanie			
Comme pour toute drogue, la détention de petites quantités est un délit passible d'une amende allant jusqu'à 6 250 LTL, une peine de détention de 10 à 45 jours ou une peine privative de liberté pouvant aller jusqu'à 2 ans. La détention de petites quantités est une infraction criminelle, passible d'une peine maximale de 2 ans d'emprisonnement.	Code des infractions administratives, Art. 44 ; code pénal, Art.259 ; Ordre No V-314 du ministre de la Santé du 23 avril 2003 (sur les quantités).	Seuil maximum de 5 g d'herbe ou de 0,25 g de résine au-delà duquel l'usager est en infraction.	Pas de différenciation.

Infractions et peines prévues au titre de l'usage personnel	*Référence législative*	*Seuil de de tolérance / niveau de sanction*	*Différenciation entre les substances ? Comment ?*
Luxembourg			
Les infractions spécifiquement liées au cannabis telles que l'usage sans circonstance aggravante sont passibles d'une amende dont le montant s'échelonne entre 250 € et 2 500 €.	Loi du 19 février 1973 modifiée par la loi du 27 avril 2001, Art.7.	L'usage de cannabis en présence d'un mineur, au sein d'un établissement scolaire ou sur le lieu de travail est passible d'une peine d'emprisonnement s'échelonnant entre 8 jours et 6 mois ; l'usage en compagnie d'un mineur est passible d'une peine d'emprisonnement de 6 mois à 2 ans ou d'une amende allant de 500 € à 25 000 €.	Différenciation prévue par la loi.
Norvège			
La culture, la détention et l'usage de cannabis sont considérés comme des infractions criminelles.	Loi sur les produits à usage médical, ss.24 et 31 (2) + partie « régulation sur les narcotiques », etc. s.4.Code civil et pénal, s. 162.	Basé sur une directive du Chef des procureurs. En général, une amende punit l'usage et la détention de quantités maximum de 5 g de cannabis. La détention de quantités plus importantes et la réitération d'infractions dans une période courte (3 mois) occasionnent des poursuites pénales.	Pas de différenciation.
Pays-Bas			
La détention de stupéfiants quels qu'ils soient est une infraction criminelle. La détention de quantités allant jusqu'à 30 g de cannabis est passible d'une peine d'emprisonnement d'un mois assortie d'une amende de 2 250 €. En revanche, la détention de petites quantités pour usage personnel n'est pas poursuivie.	Loi sur l'opium Act, Art. 3C et Directive de la loi sur l'opium.	La Directive pose que l'interpellation et les poursuites pour détention pour usage personnel (jusqu'à 5 g) ne sont pas une priorité de politique pénale ; la vente de quantités allant jusqu'à 5 g de cannabis (dans les coffee-shops) n'est pas poursuivie, en général. Les directives AHOJ-G spécifient les termes et les conditions dans lesquelles la vente de cannabis dans les coffee-shops est autorisée. Le stock maximum autorisé est de 500 € par coffee-shop.	Différenciation prévue par la loi.

Infractions et peines prévues au titre de l'usage personnel	Référence législative	Seuil de de tolérance / niveau de sanction	Différenciation entre les substances ? Comment ?
Pologne			
Comme pour toute drogue, la détention est une infraction criminelle, passible d'une peine allant jusqu'à 3 ans d'emprisonnement. Dans le cas des « infractions de moindre importance », la sanction encourue est une peine maximum de 1 an d'emprisonnement, une restriction de liberté ou une amende.	« Loi de neutralisation des addictions » du 29 juillet 2005, Art.62.1.	Les infractions liées au cannabis ont une forte probabilité d'être interprétées comme des « infractions de moindre importance ».	Pas de différenciation dans les termes de la loi. Différenciation possible par les tribunaux chargés d'interpréter la notion d'« infraction de moindre importance ».
Portugal			
Comme pour toute drogue, les infractions liées au cannabis telles que l'usage, l'acquisition ou la détention sont passibles d'une sanction administrative.	Loi 30/2000, Art.2, nº 1.	Les affaires sont jugées et arbitrées par une Commission dissuasive de la dépendance (Loi 30/2000, Art. 5, nº 1). Un traitement est proposé dans les cas d'usage problématique ou d'abus et des sanctions administratives sont prévues pour des délits impliquant des quantités allant jusqu'à 10 doses par jour (par exemple jusqu'à 25 g d'herbe ou 5 g de résine) (Loi 30/2000, Art. 2, nº 2 + Décret gouvernemental 94/96).	Différenciation prévue par la loi ; la sanction administrative varie suivant la classe à laquelle appartient la drogue incriminée (Loi 30/2000, Art. 15, nº4 c et Art.16).
République tchèque			
Comme pour toute drogue, sanction administrative prévue si la quantité détenue est faible (amende ou avertissement par la police). Si la quantité détenue va au-delà, il s'agit d'une infraction criminelle, passible d'une peine qui peut aller jusqu'à 2 ans d'emprisonnement.	Loi sur les infractions pénales, s.30(1)(j) ; Code pénal, s.187a.	Une directive du Procureur fixe la quantité maximum à 10 doses de cannabis contenant 30 mg de THC.	Pas de différenciation.

Infractions et peines prévues au titre de l'usage personnel	Référence législative	Seuil de de tolérance / niveau de sanction	Différenciation entre les substances ? Comment ?
Royaume-Uni			
Les infractions liées au cannabis, telles que la détention, sont passibles d'une peine d'emprisonnement allant jusqu'à 2 ans. Les services de police peuvent donner un avertissement au lieu de déclencher des poursuites et les tribunaux prononcer une peine d'amende, un sursis probatoire ou un travail d'intérêt général.	Loi sur l'usage et l'abus de drogues de 1971, s.5 ; Directives du sous-comité sur les drogues de l'association des commissaires de police.	L'emprisonnement est le recours ultime. Toutefois, si l'usage est public ou si les interpellations pour usage se multiplient ou sont en partie liées avec des troubles à l'ordre public ou une mise en danger de mineurs, la police a pour consigne de renvoyer l'affaire devant les tribunaux.	Différenciation prévue par la loi (selon la classe de la substance : le cannabis a été rétrogradé depuis janvier 2004 de la classe B à la classe C, jugée moins dangereuse et donc, occasionnant de moindres sanctions) et dans les consignes données aux policiers (recommandant d'adapter leurs pratiques en cas d'interpellation pour détention pour trafic de cannabis).
Slovaquie			
Comme pour toute drogue, la détention est une infraction criminelle, passible d'une peine de 3 ans d'emprisonnement maximum, ou de 5 ans maximum pour des « quantités importantes ». Des peines alternatives de résidence surveillée ou de travail d'intérêt général (de 40 à 300 heures) sont également prévues.	Code pénal, s.171, s.135.	Les quantités définies sont inférieures ou égales à 3 doses ou jusqu'à 10 doses pour les « quantités importantes ».	D'après le code pénal, le tribunal peut recourir à titre conditionnel à une peine d'emprisonnement inférieure à 2 ans pour toute infraction si le comportement du contrevenant ou si les circonstances permettent d'exclure la probabilité d'une réitération.

Infractions et peines prévues au titre de l'usage personnel	*Référence législative*	*Seuil de de tolérance / niveau de sanction*	*Différenciation entre les substances ? Comment ?*
Slovénie			
Comme pour toute drogue, la détention est une infraction considérée comme mineure, selon les termes de la loi, passible d'une amende de 50 000 à 150 000 SIT ou d'une peine d'emprisonnement allant jusqu'à 10 jours. La détention de petites quantités pour usage personnel est passible d'une amende d'un montant de 10 000 à 50 000 SIT ou d'une peine d'emprisonnement maximum de 5 jours.	Loi sur la production et le commerce de drogues illicites, Art 33.		Pas de différenciation.
Suède			
Comme pour toute drogue, les infractions liées au cannabis telles que l'usage sont passibles d'une peine d'emprisonnement de 3 ans maximum. Si cette peine semble disproportionnée par rapport à la nature de l'infraction, une peine d'emprisonnement de 6 mois maximum ou une amende peuvent également être envisagées.	Loi pénale relative aux narcotiques (1968:64), ss.1-2.	Les usagers font souvent l'objet d'une amende.	Pas de différenciation.

Glossaire

Ce glossaire est consacré au vocabulaire se rapportant au cannabis. Sans prétendre à l'exhaustivité, il recense des termes en lien avec le produit, ses modes de consommation ainsi que la terminologie employée par les usagers. Ce glossaire rassemble également les principaux termes juridiques ou médicaux relatifs au cannabis.

ADULTÉRATION : terme utilisé pour faire état de l'ajout intentionnel, à un produit donné, de substances non indiquées au consommateur. Ce terme est employé dans le cas particulier des produits illicites pour désigner les substances bon marché ajoutées, au moment de la coupe, au produit de base, le plus souvent dans le but d'augmenter le poids (voir aussi CONTAMINATION).

AUTOCULTURE : terme désignant la culture de cannabis par un particulier en plein air ou en intérieur (dite dans ce cas « en placard »).

BARRETTE : unité de 2 ou 3 g de résine de cannabis.

BANG, BHANG, BONG : (chanvre en hindi) désigne initialement une boisson enivrante à base de lait et de cannabis ou une pipe sèche en bambou. Toutefois, l'usage de ce terme, qui s'est diffusé en France ces dernières années, correspond à une pipe à eau achetée dans le commerce ou fabriquée par l'usager. Cette pipe, légalement dénommée bang, sert à consommer des « douilles » (voir ci-dessous) de cannabis.

CANNABINACÉES : dans la classification botanique, famille de plantes qui comprend deux genres : Cannabis (chanvre) et Humulus (houblon). Les deux ont une grande importance industrielle (le chanvre fournit des fibres (tiges), de l'huile (graines) et le houblon est utilisé dans la fabrication de la bière, mais le chanvre est aussi utilisé pour un usage récréatif ; on lui donne alors communément le nom de cannabis (voir ci-dessous).

CANNABINOÏDES : groupe de substances chimiques qui activent les récepteurs cannabinoïdes présents dans le corps. Le cannabis contient plus de 60 cannabinoïdes, principes actifs, essentiellement présents dans la résine mais également dans les feuilles, les sommités florales, les bractées (feuilles souvent colorées à la base de laquelle se développe la fleur ou l'inflorescence) et l'enveloppe des graines. Le Δ^9-tétrahydrocannabinol (voir THC) est le principe actif responsable des effets psychotropes du cannabis.

CANNABIS : plante herbacée de la famille des Cannabinacées. On distingue les variétés à fibres ou « textiles » et les variétés productrices de résine de type « drogue ». Ces dernières sont

communément désignées sous le terme de chanvre indien. Dans son usage récréatif, la plante est utilisée pour la production de marijuana (herbe), de résine (haschisch) et d'huile de cannabis (voir définitions respectives). La teneur en principe psychoactif (voir THC) de ces différentes formes varie selon les zones et les modes de production, les parties de la plante utilisées et les procédés de fabrication. Le plus souvent fumé sous forme de cigarette (voir JOINT) mais également dans une pipe (voir BANG), le cannabis peut être aussi consommé sous forme de gâteau (voir SPACE-CAKE) ou en infusion. Ces modes de consommation restent néanmoins très marginaux en France.

Le cannabis est disponible en France essentiellement sous deux formes, la résine et l'herbe, l'huile étant peu répandue. Pour désigner l'une ou l'autre forme, de multiples appellations sont utilisées. L'OFDT, via les dispositifs TREND et SINTES, en a répertorié, en France, plusieurs dizaines. Elles font, le plus souvent, référence :

- à l'origine géographique : « Afghan », « Marocain », « Africain », « Libanais », « Népalais », « Locale » ;
- à l'origine linguistique en fonction du pays de provenance du produit : « Marijuana », « Haschich », « Haya », « Aya », « Haya », « Aïa » ou « Kif » (Maroc), « Zamal » (La Réunion) ou Kali (Guyane) ;
- à une variété spécifique ou un mode de culture : « Skunk », « Sinsemilla », « Jack Herrer », « Haze », « White Widow » ;
- à une qualité supérieure : « Pollen », « Bombe A », « Gras », « Spoutnik » ou au contraire à une qualité inférieure « Tchernobyl », « Tcherno » ;
- à des appellations issues du verlan ou de l'argot, « Beu », « Beuh » (herbe), «Tosma » (matos), « Techi », «Teuch », « Toch » , « Shit », « Weed ».

Il n'est pas aisé d'établir un lien entre les appellations et les qualités données car la même appellation peut correspondre à plusieurs variétés et/ou qualités. De même, une variété identique peut désigner plusieurs appellations.

CANNABIS THÉRAPEUTIQUE : utilisation du cannabis à des fins médicales. Cette pratique reste illicite en France mais l'AFSSAPS l'autorise depuis 1999 dans des cas précis sous forme d'autorisation temporaire d'utilisation nominative (voir chapitre 12).

CHANVRE (ou *cannabis sativa*) : plante de la famille des Cannabinacées (voir ci-dessus), divisée en plusieurs sous-espèces en fonction de leurs propriétés : le chanvre cultivé réputé pour sa fibre et le chanvre indien, réputé pour ses propriétés psychotropes (voir CANNABIS).

CHICHA : voir NARGUILÉ.

CHILLUM, CHILOM ou SHILOM : pipe droite afghane et indienne de forme conique en terre cuite ou en porcelaine utilisée pour fumer du cannabis seul ou mélangé à du tabac voire à d'autres produits.

COFFEE-SHOP : désigne aux Pays-Bas un débit de boissons où l'on peut acheter et consommer légalement du cannabis – sous certaines conditions strictes, impliquant notamment de bannir toute publicité, de ne pas provoquer de nuisances, d'interdire la vente aux jeunes et de ne pas vendre d'alcool. Les coffee-shops sont officiellement tolérés aux Pays-Bas depuis 1976, à la suite du Rapport Baan publié en 1972. Depuis une loi d'avril 1999, les maires peuvent fermer les *coffee-shops* sous prétexte de nuisances ou d'infraction à la « Loi sur l'opium ».

CONSULTATION CANNABIS : consultation d'évaluation, d'orientation et d'accompagnement des consommateurs de cannabis le plus souvent rattachée à une structure de soins spécialisée en addictologie (Centre de soins spécialisés pour toxicomanes, Centre de cure ambulatoire en alcoologie) ou à un service hospitalier. Ces consultations ont été mises en place dans le prolongement de la campagne de sensibilisation aux effets de la consommation de cannabis lancée en février 2005.

CONTAMINATION : introduction accidentelle de substances non déclarées (l'adultération est intentionnelle - voir ci-dessus) et notamment, contamination de la plante par les pesticides ou herbicides lors de leur culture.

DÉPÉNALISATION (de l'usage) : suppression des sanctions pénales pour l'usage d'un produit illicite. L'interdit légal n'est donc pas remis en cause : ce sont, d'une part, le seuil à partir duquel l'usager de cannabis encourt des sanctions et, d'autre part, la nature des sanctions prévues qui changent. Le commerce (ou trafic) du produit continue d'être passible de poursuites pénales mais l'usage public et/ou privé de cannabis est réglementé : il peut être autorisé ou passible de sanctions administratives (par exemple, une amende). Pour le même acte, les pays anglo-saxons utilisent le terme de DÉCRIMINALISATION, dont on retrouve parfois cette version francisée. À ne pas confondre avec LÉGALISATION (voir ci-contre).

DÉPISTAGE (des stupéfiants) : test pratiqué pour constater la présence de drogue dans l'organisme humain. En ce qui concerne le cannabis (au même titre que les autres stupéfiants), ces tests sont autorisés en France, dans certaines circonstances, auprès des conducteurs et parfois également en milieu professionnel (voir chapitre 16). À l'heure actuelle, les dépistages sont pratiqués via un test urinaire dont l'issue positive doit être obligatoirement confirmée par une analyse sanguine, qui mesurera également la quantité de Δ^9-THC et ses métabolites retrouvés dans l'organisme.

DOUILLE : initialement pièce de métal cylindrique de diamètre variable qui se fixe sur la pipe et sur laquelle on dépose le cannabis. Par métonymie, désigne aussi le mode d'usage de cannabis associé à l'outil. On rencontre notamment les expressions : « couler une douille », « se taper une douille » qui désignent l'action de fumer du cannabis au moyen d'un bang.

DRONABINOL : nom du THC synthétique. Ce médicament est commercialisé sous le nom de Marinol® (voir aussi NABILONE). Il n'est permis en France que sous la forme d'Autorisations temporaires d'utilisation (ATU) nominatives délivrées par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

ESCALADE (théorie de l') : théorie d'inspiration prohibitionniste selon laquelle un usage répété de cannabis peut inciter à l'usage de drogues dites « dures » (telle l'héroïne), susceptibles d'engendrer une dépendance physique majeure. Cette théorie a été réfutée scientifiquement.

FLASH-BACK (cannabique) : phénomène de reviviscence involontaire et imprévisible de certains effets d'une drogue, qui survient à distance de tout usage du produit. Pour le cannabis, son stockage dans les tissus adipeux pourrait entraîner des décharges retardées dans les trois mois après le dernier usage et sur le plan clinique, une angoisse majeure de dépersonnalisation. Les *flash-back* sont plus fréquemment associés à une consommation de LSD ou d'autres hallucinogènes. Il s'agit d'un phénomène très rare et très peu documenté.

GO-FAST (technique du) : mode d'acheminement du cannabis, en particulier depuis l'Espagne vers la France, via un convoi de trois à cinq véhicules très puissants de type berline. La marchandise y est stockée par paquets dont le poids peut s'échelonner entre 500 et 800 kg et transportée très rapidement.

HASCHISCH ou H ou SHIT : préparation à base de résine de cannabis, issue des glandes sécrétrices des fleurs et des feuilles des plants femelles, obtenue par tamisage manuel ou mécanique. Après séparation de la plante, la résine est chauffée puis pressée en plaques ou savonnettes (voir ci-dessous) qui reçoivent souvent une marque de fabrique imprimée en creux (comme un sceau). Cette présentation sous forme de savonnette prévaut au niveau du trafic international, les usagers détenant plutôt des sections de plaques ou savonnettes (par exemple de 10 ou 20 g) ou des barrettes (voir ci-dessus). La teneur en THC (voir ci-dessous) est très variable d'un produit à l'autre.

HUILE de CANNABIS : distillat huileux que l'on obtient à partir de la résine de cannabis à l'aide de solvants. Ces produits ont une concentration en THC plus élevée que pour les autres formes de cannabis. Ils sont peu disponibles en France et en Europe. Le terme peut également désigner une huile d'usage courant obtenue à partir des graines de cannabis et dépourvue de toute propriété psychoactive.

INJONCTION THÉRAPEUTIQUE : mesure prévue par la loi du 31 décembre 1970 permettant au parquet de suspendre les poursuites pénales à l'encontre d'un usager de stupéfiants interpellé s'il accepte d'être pris en charge par le système sanitaire et social (art L3423-1 du code de la santé publique). Au terme du traitement, l'usager bénéficie d'un classement sans suite. En cas de refus ou d'arrêt du traitement, les poursuites peuvent être engagées. Les OBLIGATIONS DE SOINS (voir plus loin), elles, peuvent être prononcées dans le cadre du régime commun à la répression de toutes les infractions pénales.

IVRESSE CANNABIQUE : état associant un sentiment de bien-être, des troubles mnésiques, une sédation ou une excitation et à doses élevées une dissociation d'idées, des troubles d'appréciation spatiotemporels, des perceptions sensorielles accrues et modifiées, pouvant aller jusqu'à de fortes hallucinations. Ces troubles persistent pendant quelques heures.

JOINT, STICK ou SPLIFF : cigarette de résine ou d'herbe de cannabis souvent mélangée à du tabac en France.

LÉGALISATION ou LIBÉRALISATION (de l'usage de cannabis) : mesure qui consisterait à lever les contraintes légales qui pèsent sur l'usage et le commerce du cannabis. Une telle évolution conduirait à ce que la commercialisation du cannabis soit placée sous le contrôle de l'État (dans le cadre d'un marché réglementé) ou dérégulée (dans le cadre d'un marché libre et concurrentiel). La problématique de la légalisation du cannabis a émergé dans les années 1960 aux États-Unis : ses partisans, qui dénoncent les effets pervers de la politique de prohibition, se sont appuyés sur l'exemple de l'échec de la prohibition de l'alcool aux États-Unis entre 1920 et 1933 et sur l'incohérence d'un classement légal du cannabis alors que l'usage d'alcool et de tabac est autorisé.

MARIJUANA (Marie-Jeanne et autres orthographes diverses) : substance à usage psychoactif faite des feuilles et des tiges du chanvre indien, séchées et hachées pour être fumées. L'étymologie de ce terme reste mal connue : il serait dérivé du portugais *mariguango*, « excitant », qui s'appliquait, à l'origine, à un tabac de qualité médiocre. Désignation la plus fréquente du cannabis en Amérique du Nord. La francisation (« Marie-Jeanne ») est apparue dans les années 1970.

NABILONE : médicament cannabinoïde, substitut synthétique du THC, commercialisé sous le nom de Césamet® (voir aussi DRONABINOL). Il n'est autorisé en France que sous la forme d'Autorisations temporaires d'utilisation (ATU) nominatives délivrées par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

NARGUILÉ, NARGHILÉ ou CHICHA : pipe orientale constituée d'un long tuyau communiquant avec un vase rempli d'eau que la fumée traverse avant d'arriver à la bouche du fumeur. S'utilise en France avec du tabac (souvent parfumé). Peut être consommé avec du cannabis ; on parle alors également d'une pipe à eau ou d'un bang.

OBLIGATION DE SOINS : « L'obligation de se soumettre à des mesures de contrôle, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation » relève du régime commun à toutes les infractions. Cette obligation peut être prononcée à l'étape présentencielle dans le cadre d'un contrôle judiciaire (code de procédure pénale) ou d'un ajournement du prononcé de la peine (code pénal). À l'étape sentencielle (code pénal) elle accompagne un sursis avec mise à l'épreuve ou peut être prononcée à titre de peine principale et enfin à l'étape postsentencielle (code de procédure pénale)

elle accompagne une libération conditionnelle, une semi-liberté ou un placement à l'extérieur. La mesure est prise avant tout avis médical ; le juge en définit l'indication et la durée et le médecin en fixe la mise en œuvre. (Voir aussi INJONCTION THÉRAPEUTIQUE).

PHARMACOCINÉTIQUE : étude du devenir d'un médicament, d'une drogue ou d'un produit dans l'organisme : pénétration, métabolisme, distribution par la circulation sanguine, action sur les récepteurs, élimination.

PROVOCATION À L'USAGE (de cannabis ou de stupéfiants en général) : désigne le fait de provoquer à l'usage, à l'acquisition ou à la détention de cannabis, même lorsque cette provocation n'est pas suivie d'effet ou de présenter l'usage, l'acquisition ou la détention de cannabis sous un jour favorable (on parle dans ce cas de prosélytisme). Cette infraction est punie de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende (code de la santé publique, L.3421-4 - cf. annexe). Lorsque le délit de provocation à l'usage est commis par la voie de la presse écrite ou audiovisuelle, les dispositions particulières des lois qui encadrent la presse s'appliquent pour déterminer les personnes responsables.

PSYCHOSE CANNABIQUE : ensemble de manifestations psychiques réversibles symptomatiques d'une psychose, parfois décrites chez les consommateurs de cannabis, se traduisant le plus souvent par la survenue d'idées délirantes et/ou d'hallucinations dans un contexte de grande labilité émotionnelle. Selon les critères internationaux, ces symptômes peuvent perdurer jusqu'à un mois. Cependant, l'existence même de ces « pharmacopsychoses » cannabiques est controversée de même que leur spécificité.

RÉSINE voir HASCHISCH.

SAVONNETTE : unité correspondant à 250 g de résine de cannabis.

SINSEMILLA : terme espagnol – littéralement « sans graine » – désignant les sommités florales de la marijuana (voir ci-dessus). Les plants femelles produisant davantage de résine (et donc de THC) lorsqu'ils ne sont pas pollinisés (et ainsi dépourvus de graines), on arrache les plants mâles dès que leur sexe est identifiable pour éviter la pollinisation. Cette opération permet d'accroître considérablement la teneur en THC des fleurs femelles. Ce processus de production est notamment utilisé pour l'obtention de l'herbe néerlandaise appelée « skunk » entre autres appellations.

SPACE-CAKE : nom donné à un gâteau intégrant du cannabis dans sa préparation.

SYNDROME AMOTIVATIONNEL : développé par certains consommateurs, ce syndrome comporte un déficit des activités professionnelles ou scolaires, une désinsertion sociale, des troubles du fonctionnement intellectuel, des difficultés attentionnelles et mnésiques, une indifférence affective et un rétrécissement de la vie relationnelle. Il s'agit d'une entité clinique non validée.

TAF, TIRETTE, LATTE… : bouffée de cigarette ou de pipe de haschisch.

THC (couramment utilisé pour Δ^9-THC) : delta-9-tétrahydrocannabinol, principal principe actif du cannabis, responsable de ses effets psychotropes. C'est un cannabinoïde lipophile qui peut aussi être utilisé à des fins médicales.

Repères méthodologiques

Introduction méthodologique

Mentionnées à la fin de chaque chapitre, les principales sources d'information utilisées dans l'ouvrage, spécifiques ou non au cannabis, sont décrites dans ces repères méthodologiques, où elles sont classées par ordre alphabétique. Ces sources pourraient être également regroupées en grandes catégories :

- les enquêtes en population générale : réalisées à partir de larges échantillons représentatifs de la population française (qui peut être restreinte aux adultes, adolescents, jeunes scolarisés, etc. suivant le cas), ces enquêtes présentent l'avantage de donner une mesure directe de quelques phénomènes (niveaux d'usage, opinions, etc.) et de fournir des estimations extrapolables à l'ensemble de la population. Il leur est cependant compliqué d'étudier les comportements rares, ou certaines sous-populations spécifiques ou difficiles à joindre (usagers de cocaïne par exemple). Elles reposent sur les déclarations personnelles de répondants. Reproduites à l'identique ou presque sur plusieurs années, elles permettent également de suivre l'évolution dans le temps du phénomène. Si l'expérimentation et la consommation au cours de l'année du cannabis sont relativement fréquentes, il n'en est pas de même des usages plus réguliers qui, pour être décrits en détail, doivent bénéficier d'une autre approche méthodologique ;
- les enquêtes auprès des usagers : pour mieux appréhender les usagers réguliers de cannabis, leurs modes de consommation, leurs motivations… les enquêtes doivent cibler ces usagers. La représentativité ne pouvant être atteinte, la constitution de l'échantillon répond à de nouvelles contraintes (diversification des contacts, méthode « boule de neige »…). Les comportements étudiés ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population française. Mais par rapport aux enquêtes en population générale, la taille *a priori* plus réduite des échantillons autorise une plus grande diversité d'approche (questionnaires, entretiens, observations, recueils de produits, etc.) et un questionnement plus approfondi ;
- les statistiques administratives, sanitaires ou répressives, présentent l'avantage d'être souvent facile d'accès, exhaustives, gratuites… En revanche, elles sont établies pour rendre compte de l'activité des agents ou des structures qui dépendent de ces administrations (interpellations, file active des structures de soins, etc.). Elles sont ainsi traitées principalement dans la partie de cet ouvrage relative aux réponses publiques. Mais, en l'absence ou en complément d'observations

plus directes, ces données illustrent aussi les phénomènes d'usage ou de trafic de cannabis. Dans ce cadre, l'interprétation doit être prudente du fait de la sélection particulière des individus observés (usagers ou trafiquants interpellés, produits saisis, usagers pris en charge…) ;

- certaines sources se rangent difficilement dans les catégories précédentes, parce qu'elles associent les approches qualitatives et quantitatives ou parce qu'elles visent des populations aux contours diffus. Le dispositif de surveillance TREND se situe à la croisée des différentes méthodes décrites précédemment et se singularise par l'objet d'observation qu'il se fixe : les phénomènes émergents. N'excluant pas le recours aux méthodes statistiques, les informations qu'il délivre sont principalement de nature qualitative : des observations de terrain, dont la validation croisée et l'analyse permettent de dégager des tendances venant compléter les constats fournis par les autres enquêtes et statistiques pérennes.

Pour écrire cet ouvrage sur le cannabis, d'autres sources d'information, pas forcement chiffrées, ont été fréquemment utilisées. La méthodologie de certaines est décrite ci-après (Expertise collective de l'Inserm, revue de presse de la MILDT).

Chaque description des repères méthodologiques comporte : le nom de la source, l'organisme responsable ou le maître d'œuvre, une rapide description méthodologique, les principales et dernières références bibliographiques[59]. Lorsque la source n'est pas spécifique au cannabis, les questions s'y rapportant sont parfois décrites en détail et surreprésentées par rapport à l'ensemble du questionnaire.

Pour une description plus complète de la méthodologie de ces systèmes d'information, se reporter au répertoire des sources statistiques de l'OFDT :

http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/ donneesnat/sources.html

59. Tous les rapports publiés par l'OFDT ainsi que les numéros de la revue Tendances *sont disponibles sur le site internet de l'OFDT (http://www.ofdt.fr/). Leurs adresses URL ne sont donc pas reprises ici.*

Description détaillée des sources

ADOTECNO : Adolescents, techniques d'évaluation des consommations nocives

Service d'addictologie de l'hôpital Paul-Brousse à Villejuif / Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'enquête ADOTECNO (Adolescents, techniques d'évaluation des consommations nocives) a été mise en place par le service d'addictologie de l'hôpital Paul-Brousse à Villejuif (94) et l'OFDT, afin de valider au niveau épidémiologique le test CAST (Cannabis Abuse Screening Test) sur la mesure de l'usage problématique de cannabis (voir chapitre 5).

Au total, 1 728 élèves de collège, de lycée et d'étudiants de premier cycle de l'université ou d'écoles d'ingénieurs, âgés de 14 à 22 ans, ont été interrogés. Le questionnaire était auto-administré sous la supervision des médecins ou infirmières scolaires et portait sur la consommation d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes et de drogues illicites.

Pour en savoir plus : Karila L., *et al.*, « Consommations nocives de produits psychoactifs à l'adolescence. Résultats préliminaires de l'étude Adotecno », *Alcoologie et Addictologie*, vol. 26, n° 2, 2004, p. 99-109.

Legleye S., *et al.*, « Validation of the CAST, a Cannabis Abuse Screening Test in general population », *Journal of Substance Use*, (à paraître).

Baromètre santé

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Le Baromètre santé 2005 est une enquête téléphonique reposant sur un échantillon de 30 514 individus de 12 à 75 ans, représentatif de la population vivant en France. Cette enquête a été réalisée entre octobre 2004 et février 2005. Elle fait suite à quatre enquêtes « Baromètre santé adultes » (1992, 1993, 1995 et 2000) et un « Baromètre santé jeunes » (1997). Le questionnaire porte sur les consommations de tabac, d'alcool, de médicaments et de drogues illicites et sur de nombreux autres comportements ayant une influence sur la santé (consommation de soins, dépression, pratique des dépistages, geste vaccinal, activité sportive, comportements de violence, sexualité…).

Cette enquête est coordonnée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), en partenariat avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), la Fédération nationale de la mutualité française, le Haut Comité de la santé publique, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS).

En ce qui concerne le cannabis, les questions portent sur les niveaux et fréquences de consommation, le mode d'obtention, les moments de consommation, les effets recherchés et les items du questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test ; voir chapitre 5).

Pour en savoir plus : Guilbert P., Gautier A., *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*, Saint-Denis, INPES, coll. « Coll. Baromètres santé », 2006, 176 p.

Beck F., Cytrynowicz J., « Usages de drogues illicites », in : *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*, Guilbert P. et Gautier A. (Dir.), Saint-Denis, INPES, Coll. Baromètres santé, 2006, p. 49-58.

CJN : Statistiques issues du Casier judiciaire national

Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation (SDSED) du ministère de la Justice

Les informations relatives aux condamnations sont issues, depuis 1984, d'une exploitation du casier judiciaire national. Elles détaillent les différentes infractions sanctionnées dans les condamnations prononcées par les juges, le type de procédure, la nature de la peine, la durée ou le montant de celle-ci et les caractéristiques des personnes condamnées (âge, sexe et nationalité).

Comme la décision rendue à l'encontre d'une personne peut être motivée par plusieurs infractions, il convient d'introduire le concept d'infraction principale qui est, en principe, la plus grave (il arrive également que les infractions soient inscrites dans l'ordre des faits fourni dans le procès-verbal mais un contrôle de cohérence est réalisé en fonction du quantum de la peine). C'est la notion la plus fréquemment utilisée dans les statistiques du ministère de la Justice. D'autres unités de compte permettent d'affiner l'analyse, par exemple pour l'usage de stupéfiants : les condamnations pour usage en infraction associée (pour examiner les associations les plus fréquentes et les peines correspondantes) ou celles pour usage en infraction unique.

Les condamnations ne doivent pas être confondues avec les personnes condamnées. Une personne condamnée deux fois dans l'année sera comptée deux fois dans la statistique des condamnations.

Conformément au code pénal, le cannabis n'est pas distingué des autres stupéfiants dans ces données.

Pour en savoir plus : Ministère de la Justice, *Annuaire statistique de la Justice, édition 2006*, Paris, La Documentation française, 2006, 377 p.

Enquête « Consommateurs réguliers de cannabis »

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

De mai à juillet 2004, dans le cadre du dispositif d'observation TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues), une enquête quantitative a été réalisée auprès de consommateurs réguliers de cannabis, interrogés dans 11 sites différents (Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse, Guyane et Martinique).

Les usagers ont été recrutés suivant leur âge (15-29 ans) et leur consommation de cannabis (au moins 20 joints au cours des 30 derniers jours ou durant au moins 10 jours au cours des 30 derniers jours). Un échantillonnage représentatif étant impossible, les lieux de recrutement ont été diversifiés : personnes ayant formulé une demande d'aide liée au cannabis dans des centres de soins spécialisés*, jeunes en formation, personnes en activité professionnelle ou en difficulté sociale. La prise de contact pouvait avoir lieu dans la rue, dans un lieu ou à un moment festif, dans la sphère privée. Un enquêté pouvait présenter une autre personne suivant la méthode de « boule de neige ».

Le questionnaire, administré en face à face par un enquêteur, aborde les caractéristiques sociodémographiques de la personne, sa consommation de cannabis (début, fréquence, approvisionnement, motivations), ses autres consommations et des items d'usage problématique (voir ci-après).

Au final, 1 633 questionnaires ont pu être exploités sur les 1 711 recueillis.
L'usage problématique de cannabis est ici mesuré à partir de questions relatives à des problèmes de mémoire, manque d'énergie, difficulté à ne pas consommer une journée, réduction conseillée par les proches, perception d'effets indésirables, problèmes avec la loi, disputes, impossibilité d'arrêter, difficulté avec le travail ou les études. La réponse à chacune de ces questions était codée 0 (jamais), 1 (parfois) ou 2 (souvent) puis additionnée les unes aux autres ; le score final d'usage problématique variant de 0 (« jamais » aux 9 questions) à 18 (« souvent » pour les 9 critères).

** hors lieux de réduction des risques type boutiques, lieux d'échange de seringues…*

Pour en savoir plus : Bello P.-Y., *et al.*, *À propos du cannabis en France en 2004 : consommateurs réguliers, usages problématiques et caractéristiques du produit*, Saint-Denis, OFDT, 2005, 47 p.

Enquête « Parents-cannabis » : Enquête sur les attitudes et les pratiques des parents de jeunes de 11 à 18 ans face à la problématique du cannabis.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

À partir d'une série d'investigations qualitatives menées auprès de parents et de professionnels exerçant à la ligne téléphonique spécialisée « Drogue alcool tabac info service » (DATIS) cette enquête, conduite en deux volets, se penche sur les représentations construites par les parents autour du cannabis et de l'usage éventuel de ce produit par leurs enfants. Elle envisage les attitudes, les pratiques ainsi que les attentes qu'ils manifestent en conséquence.
Le premier volet de l'enquête réalisée par le bureau d'études COCEDAL s'est déroulé entre septembre et novembre 2004. Il a reposé sur l'analyse d'entretiens individuels et collectifs de parents. Une douzaine de parents a été rencontrée en entretiens individuels, et près de quarante parents ont été réunis dans le cadre d'entretiens collectifs. À partir d'un questionnement général sur leurs principales préoccupations en termes d'éducation, les parents ont notamment été interrogés sur les effets du cannabis ainsi que sur sa dangerosité comparée à d'autres substances psychoactives licites et illicites.
Le second volet de l'enquête s'est déroulé en juillet 2004. Il a reposé sur des entretiens menés auprès des écoutants du pôle régional Nord de DATIS et sur l'analyse détaillée d'une dizaine d'appels téléphoniques de parents. Ici, les connaissances et les perceptions des parents concernant les risques liés à l'usage du cannabis ont à nouveau été interrogées, de même que leurs préoccupations et leurs attitudes face à un usage de cannabis de leur enfant.
En complément, l'OFDT a réalisé des entretiens individuels auprès de deux psychiatres spécialisés dans l'écoute et la prise en charge de jeunes en difficulté.

Pour en savoir plus : OFDT, *Enquête « Parents-cannabis ». Note sur les attitudes et les pratiques des parents en difficulté face à la consommation de cannabis de leurs enfants*, Saint-Denis, OFDT, 2005 (non publié), 24 p.
COCEDAL CONSEIL, *Enquête « Parents-cannabis ». Attitudes et pratiques des parents de jeunes de 11 à 18 ans face à la problématique du cannabis. Étude qualitative sur le rôle parental et les attentes à l'égard des institutions publiques dans une démarche de prévention*, Puteaux, COCEDAL Conseil, 2004 (non publié), 37 p.

Enquête qualitative auprès des usagers réguliers de cannabis

Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale

Cette enquête, financée par l'OFDT, propose une approche qualitative de l'usage régulier de cannabis et examine plus particulièrement la place de ce produit dans la vie quotidienne des usagers réguliers (pratiques, motivations, stratégies de contrôle, dynamique des parcours) et les conséquences sociales et sanitaires de cet usage.

Cette enquête vient compléter, par un versant qualitatif, l'enquête quantitative menée en 2004 par le pole TREND (voir Enquête « *Consommateurs réguliers de cannabis* »). Les critères d'inclusion sont donc volontairement les mêmes : être âgé de 15 à 29 ans au jour de l'entretien et avoir fumé au moins dix jours au cours des trente derniers jours avant l'enquête (une prise ou plus pour chaque journée) ou avoir consommé au moins vingt joints au cours de cette période. Ces usagers ne pouvaient être recrutés par le biais d'une structure de prise en charge de la toxicomanie de type centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), lieux d'accueil à bas seuil d'exigence (« Boutiques ») ou Programmes d'échange de seringues.

Courant 2005, 70 entretiens semi-directifs ont été réalisés, dans 9 villes (Lille, Paris, Toulouse, Rennes, Bordeaux, Metz, Marseille, Lyon et Dijon). Comme le veut la méthodologie qualitative, qui ne vise pas la représentativité mais la diversité des pratiques et des opinions, différents milieux sociaux ont été investigués. Le milieu étudiant et les personnes sans emploi ont été systématiquement explorés (respectivement 22 et 19 entretiens réalisés), mais pratiquement tous les autres milieux sociaux ont pu être approchés dans au moins une des villes retenues. L'absence de lycéens et d'habitants de « banlieues difficiles » est regrettée.

Pour en savoir plus : Reynaud-Maurupt C., Verchere C., *Les habitués du cannabis. Une enquête qualitative auprès des usagers réguliers*, Saint-Denis, OFDT, à paraître.

Enquête sur la santé des entrants en prison

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (ministère de la Santé et des Solidarités)

L'enquête sur la santé des entrants* en prison a été réalisée pour la première fois en 1997, puis en 2003, dans l'ensemble des maisons d'arrêt et des quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires. Elle recueille, à l'occasion de la visite médicale d'entrée, des informations sur les facteurs de risque pour la santé des entrants, et les pathologies constatées à l'entrée, repérées en particulier par les traitements en cours. La consommation de substances psychoactives déclarée concerne le tabagisme quotidien, la consommation excessive d'alcool (>5 verres par jour) et l'utilisation « prolongée et régulière au cours des 12 mois précédent l'incarcération » de drogues illicites, parmi lesquelles figure le cannabis.

En 2003, la totalité des 134 établissements concernés ont été enquêtés ; 12 n'ont finalement pas participé. La durée de l'enquête a varié entre 2 semaines à 3 mois suivant la taille des établissements (plus l'établissement était important, moins la durée de l'enquête était longue). Au final, 6 087 fiches santé ont été recueillies, représentatives de l'ensemble des entrants en maison d'arrêt en 2003, soit un taux de sondage d'environ 1 entrant sur 13. Une pondération a été réalisée *a posteriori* pour tenir compte des différences de durée d'enquête et des flux d'entrants des établissements non répondants.

** Concerne les personnes dites « entrant venant de l'état de liberté », c'est-à-dire prévenues ou condamnées arrivant dans un établissement pénitentiaire en provenant du milieu libre et non pas d'un autre établissement.*

Pour en savoir plus : Mouquet M.-C., « La santé des personnes en prison en 2003 », *Études et Résultats*, n° 386, 2005, p. 1-12.

Enquête un mois donné dans les « consultations cannabis »

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis a été menée par questionnaire anonyme auprès des professionnels qui ont reçu les patients (ou leur entourage) entre le 15 mars et le 15 avril 2005 ; cette population a ensuite été suivie jusqu'au 30 juin 2005.

Le taux de participation à l'enquête a été de 95 % (sur 266 consultations désignées par les préfets de région à la date de l'enquête). L'échantillon effectif comprend 229 consultations ayant accueilli au moins un patient dans la période d'inclusion, réparties dans 95 départements (métropole et DOM*). Le taux de réponse exploitable atteint 100 % dans les trois quarts des départements.

La population de consultants captée par l'enquête représente 4 202 personnes reçues un mois donné : 72 % de consommateurs (suivis pendant 10 à 14 semaines) et 28 % de personnes de l'entourage d'un consommateur – parent(s) de consommateurs dans près de 9 cas sur 10. Toutefois, l'enquête n'est pas parfaitement exhaustive s'agissant des consommateurs, certaines consultations ayant explicitement choisi de ne prendre en compte dans le questionnaire que les « jeunes » de moins de 26 ans.

** À la date de l'enquête, la Guadeloupe n'avait déclaré aucune « consultation jeunes consommateurs ».*

Pour en savoir plus : Obradovic I., « Premier bilan des "consultations cannabis" », *Tendances*, n° 50, 2006, p.1-6.

Obradovic I., *« Consultations cannabis » : enquête sur les personnes accueillies en 2005*, Saint-Denis, OFDT, 2006, 100 p.

Enquête un mois donné sur la prise en charge des toxicomanes dans le système sanitaire et social

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES – anciennement SESI) (ministère de la Santé et des Solidarités)

Cette enquête a été créée à la fin des années 1980, avec pour objectif de suivre le nombre et les caractéristiques des usagers de drogues pris en charge dans les structures spécialisées en toxicomanie (essentiellement les centres spécialisés de soins aux toxicomanes – CSST), les établissements sanitaires (établissements hospitaliers publics généraux ou spécialisés en psychiatrie et quelques hôpitaux psychiatriques privés) et certains établissements sociaux intervenant au niveau de la prévention, l'orientation ou l'hébergement des usagers de drogues.

Cette enquête a été menée, toujours au cours du mois de novembre*, de 1989 à 1997, puis en novembre 1999 et 2003 (date du dernier exercice).

Tous les patients accueillis ce mois-ci sont interrogés : usagers de drogues illicites ou de médicaments psychotropes détournés de leur usage. Les doubles comptes entre les structures sont possibles mais limités par la période relativement courte d'observation.
Dans cet ouvrage, les usagers de cannabis sont ceux pour lesquels le cannabis est le premier produit à l'origine de leur prise en charge.
Le taux de couverture était proche de 100 % en 2003 pour les établissements spécialisés et est souvent lié à l'absence de suivi de « toxicomane » en novembre dans les autres établissements. 33 000 patients ont été suivis en novembre 2003.
** L'enquête a lieu une semaine donnée pour les services hospitaliers de l'assistance publique des hôpitaux de Paris.*

Pour en savoir plus : Bellamy V., *La prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours au système sanitaire et social : enquête réalisée en novembre 2003*, Paris, DREES, 2005, 36 p.

EROPP : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Cette enquête mesure les opinions et les perceptions de la population sur les drogues et les actions publiques qui y sont liées. Les enquêtés sont également interrogés sur leurs consommations.
EROPP 2002 constitue le deuxième exercice, la première enquête ayant été menée en 1999. Cette enquête téléphonique repose sur un échantillon par quotas (selon le sexe, l'âge, la profession de la personne de référence du ménage, la région et la catégorie d'agglomération) de 2 009 personnes âgées de 15 à 75 ans, représentatives de la population française métropolitaine. Les données ont été recueillies entre le 28 novembre et le 13 décembre 2001. Un autre échantillon comprenant 201 individus possédant un téléphone portable, mais pas de ligne fixe, a également été interrogé afin d'évaluer l'impact d'une telle lacune de la base de sondage.
Concernant le cannabis, les personnes sont interrogées sur leur perception du niveau de dangerosité du cannabis, le classement des produits les plus dangereux, la théorie de l'escalade (« consommer du cannabis conduit à consommer des produits plus dangereux »), l'interdiction de consommer du cannabis en France et les solutions alternatives à cette interdiction, la prescription de cannabis pour certains grands malades.
La prochaine enquête EROPP est prévue en 2008.

Pour en savoir plus : Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P., *Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. EROPP 2002*, Paris, OFDT, 2003, 227 p.

ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en collaboration avec la Direction du service national (DSN)

L'enquête ESCAPAD, conduite chaque année par l'OFDT en partenariat avec la Direction du service national (DSN), se déroule lors de la Journée d'appel de préparation à la défense (la

JAPD), qui remplace le service national en France. Une fois par an, dans tout le pays, les jeunes qui participent à cette journée répondent à un questionnaire auto-administré anonyme centré sur leurs consommations de substances psychoactives licites ou illicites et qui aborde également leur santé et leur mode de vie.
En 2005, 37 512 adolescents ont été interrogés, dont 32 057 en métropole. Ils sont majoritairement âgés de 17 ans, sont de nationalité française et sont pour une grande part encore scolarisés dans l'enseignement secondaire, bien que d'entre eux soient actifs, en apprentissage ou en études supérieures. En 2005, la période de passation a été étendue (de mars à juin) afin de garantir un effectif conséquent dans toutes les régions et de tenir compte de l'emploi du temps de plus en plus chargé de ces journées (pour la première fois en 2005, tous les centres ne sont pas enquêtés le même jour). Les dates de la passation sont également choisies de façon à éviter les examens scolaires et tout autre événement susceptible de biaiser l'échantillon.
Après contrôle de la qualité des données, on dénombre 33 515 questionnaires exploitables. L'échantillon a été redressé afin de donner à tous les départements leur vrai poids démographique. Cette enquête a été auparavant réalisée en 2000, 2001, 2002 et 2003 sur la base d'un questionnaire fixe, pour permettre des comparaisons fiables dans le temps (pas d'enquête en 2004).

Pour en savoir plus : Beck F., Legleye S., Spilka S., « Les drogues à 17 ans : évolutions, contextes d'usages et prises de risque », *Tendances*, n° 49, 2006, p. 1-4.
Legleye S., Beck F., Spilka S., Le Nezet O., *Drogues à l'adolescence en 2005 - Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France - Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD*, Saint-Denis, OFDT, 2007, 77 p.

ESPAD : European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM, U472)/Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)/Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche (MJENR)

Cette enquête en milieu scolaire a été menée au premier semestre 2003 dans une trentaine de pays européens sur la base d'un questionnaire commun centré sur les usages, les attitudes et les opinions relatifs aux drogues. Ce projet est soutenu par le Conseil de l'Europe (Groupe Pompidou). Reconduite tous les quatre ans à la même époque (et pour la deuxième fois en France), ESPAD permet de suivre les tendances de consommation en France et au niveau européen. En 2003, le recueil des données a eu lieu, comme en 1999, de mars à mai. 16 833 élèves sélectionnés après stratification et tirage au sort des classes ont répondu individuellement à un autoquestionnaire passé en classe, en présence d'un professionnel de santé. Le nouvel exercice d'ESPAD s'est déroulé en 2007.

Pour en savoir plus : Choquet M., *et al.*, « Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans », *Tendances*, n° 35, 2004, p. 1-6.
Hibell B., *et al.*, *The ESPAD Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Stockholm, CAN (Council for Information on Alcohol and other Drugs), 2004, 355 p.

Expertise collective Cannabis

Centre d'expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm SC14)

Les expertises collectives coordonnées par l'Inserm font le point, dans un domaine précis, sur les connaissances scientifiques et médicales à la suite d'une question posée par les pouvoirs publics ou le secteur privé.

Pour répondre à ces questions, l'Inserm réunit un groupe pluridisciplinaire d'experts composé de scientifiques et de médecins. Ces experts rassemblent, analysent la littérature scientifique internationale et en font une synthèse et une analyse critique. Sous la coordination scientifique de l'Inserm et en consensus avec le groupe d'experts, des lignes de force sont dégagées et des recommandations sont ensuite élaborées afin d'aider le demandeur dans sa prise de décision.

Dans le cadre de l'expertise collective sur le cannabis, la demande émanait de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), qui souhaitait un bilan actualisé des connaissances sur le sujet permettant d'adapter les messages d'information et de prévention à destination du grand public. Concrètement, au cours de l'année 2001, environ 1 200 articles ont été examinés par 14 experts, relevant de disciplines diverses : sociologie, toxicologie, psychiatrie, épidémiologie, neurologie…

L'expertise a traité des données épidémiologiques sur la consommation de cannabis, les contextes d'usage et sur l'abus et la dépendance ; des facteurs de vulnérabilité ; des liens avec la comorbidité psychiatrique, les troubles psychotiques, la circulation routière ; de la pharmacocinétique et des méthodes de dosage du Δ^9-THC ; des effets sur les fonctions cognitives et psychomotrices ; des effets somatiques, sur la descendance (chez l'homme et l'animal), ou encore comportementaux ; de la tolérance et dépendance aux cannabinoïdes exogènes et enfin, des mécanismes d'action des cannabinoïdes dans différents systèmes, en particulier le système nerveux central.

Trois thèmes ont fait l'objet d'une actualisation en mai 2004 : la consommation de cannabis et la théorie de l'escalade ; le lien entre consommation de cannabis et schizophrénie ; les effets somatiques de la consommation de cannabis.

Pour en savoir plus : Inserm, *Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ?*, Paris, Inserm, coll. « Coll. Expertise collective », 2001, 429 p.
(http://www.inserm.fr/fr/questionsdesante/mediatheque/expertises/expertisecollective-cannabis.html)
Mise à jour 2004 : http://ist.inserm.fr/basisrapports/cannabis/cannabis_maj2004.pdf

FNAILS : Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants

Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS)

Toutes les procédures d'infraction à la législation sur les stupéfiants établies par les services de police et de gendarmerie de France (DOM compris) sont enregistrées dans le FNAILS, sauf les infractions constatées par les services des douanes n'ayant pas fait l'objet de procès-verbal.

Le FNAILS contient des informations relatives aux interpellations (détaillées en usage simple, usage-revente, trafic local, trafic international) et aux saisies. Le produit mentionné est « la drogue dominante », c'est-à-dire celle principalement consommée par l'usager ou détenue

en plus grande quantité par le trafiquant. Lorsque cette règle ne peut pas s'appliquer, c'est la substance la plus « dure » qui est retenue.

Pour en savoir plus : OCRTIS, *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2005*, Paris, ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire, Direction générale de la police nationale, Direction centrale de la police judiciaire, OCRTIS, 2006, 123 p.

FND : Fichier national des détenus

Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) du ministère de la Justice

Depuis 1993, la statistique de l'exécution des peines est établie à partir du Fichier national des détenus (FND). Ce fichier permet de repérer le flux des incarcérations de l'année, c'est-à-dire le nombre d'entrants et de sortants des établissements pénitentiaires entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année, pour chaque infraction. La différence entre les entrées et les sorties permet également de connaître le nombre de personnes présentes dans les établissements pénitentiaires à une date donnée.

Une nouvelle version du FND est en cours d'application depuis 2003. Contrairement à la version précédente, elle prend en compte, pour chaque incarcération, toutes les infractions à l'origine de cette sanction, alors que seule l'infraction principale était retenue auparavant (voir CJN). Cependant, l'état actuel de l'application ne permet pas de repérer le rang et le nombre total d'infractions reprochées. Les données de 2003 sont donc pour l'instant moins intéressantes. Le nombre d'incarcérations pour usage de stupéfiants en infraction principale ou en infraction unique n'est pas encore connu.

Par ailleurs, la qualification des infractions est plus précise. Les ILS se décomposent désormais en usage, cession, détention, trafic, aide à l'usage, provocation à l'usage et ILS sans précision, contre quatre postes précédemment (usage, cession, trafic, autre ILS). Un glissement des données de l'ancien poste « trafic » vers le poste « détention » est signalé.

Conformément au code pénal, le cannabis n'est pas distingué des autres stupéfiants dans ces données.

Pour en savoir plus : Ministère de la Justice, *Annuaire statistique de la Justice, édition 2006*, Paris, La Documentation française, 2006, 377 p.

Infocentre du ministère de la Justice

Ministère de la Justice

Les données les plus exhaustives concernant l'activité des parquets proviennent des « cadres des parquets » qui dénombrent les affaires traitées chaque année par ces instances. Cette statistique renseigne sur le volume d'affaires présentées aux parquets (contraventions de 5e classe, délits et crimes) et les orientations proposées (poursuite, composition pénale, procédures alternatives, classement sans suite). Mais ces données ne sont pas détaillées par infraction, ce qui ne permet pas de savoir combien d'affaires de stupéfiants sont traitées à ce stade de la procédure pénale.

L'informatisation et la centralisation des données des tribunaux (projet Infocentre), déjà effectives dans certaines régions, permettront à l'avenir d'obtenir pour toutes les affaires le détail par infraction.

Les premières données détaillées proviennent de sept juridictions de la région parisienne (les parquets de Paris, Créteil, Bobigny, Nanterre, Pontoise, Évry et Versailles traitent environ 20 % de l'ensemble des affaires pénales en France). Ces données, non publiées, permettent de connaître, l'orientation donnée aux affaires de stupéfiants, détaillées suivant l'infraction. Conformément au code pénal, le cannabis n'est pas distingué des autres stupéfiants dans ces données.

Pour en savoir plus : données non publiées

PMSI : Programme de médicalisation du système d'information

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Depuis la loi du 31 juillet 1991, les établissements de santé, publics et privés, doivent procéder à l'évaluation et à l'analyse de leur activité. Pour les séjours hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique, cette analyse est fondée sur le recueil systématique et le traitement automatisé d'une information médico-administrative minimale et standardisée, contenue dans le résumé de sortie standardisé. Y sont notamment mentionnés un diagnostic principal et éventuellement des diagnostics associés, codés selon la 10e classification internationale des maladies. C'est cette information qui a été utilisée ici pour attribuer un séjour à une cause, en l'occurrence à la consommation de cannabis (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis – section F-12 de la CIM10).

Il faut noter que cet outil n'a pas un objectif de connaissance épidémiologique, mais d'estimation des moyens nécessaires aux hôpitaux selon les pathologies prises en charge par chacun. Ainsi, les règles d'attribution d'un diagnostic principal à un séjour ne favorisent pas la connaissance de l'origine de la pathologie ayant entraîné le séjour, mais l'identification de la pathologie la plus coûteuse au cours du séjour. Cependant, malgré ces limites, les données du PMSI peuvent constituer des indicateurs de l'évolution des recours aux soins hospitaliers liés à certains produits.

Pour en savoir plus : http://www.atih.sante.fr

Post-test de la campagne 2005 « *Le cannabis est une réalité* »

Institut d'étude de marché et d'opinions BVA, pour l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Pour mesurer l'impact de ses campagnes de prévention, l'INPES a recours à des enquêtes dites « post-test », réalisées par téléphone auprès des groupes de populations ciblées par ces actions de communication. Globalement, cet outil de mesure permet de s'assurer que la campagne a été vue et que les messages ont été bien compris.

L'enquête qui a servi à évaluer l'impact de la campagne « *Le cannabis est une réalité, 2005* » a été réalisée par l'institut de sondage BVA à la demande de l'INPES. Elle a porté sur un échantillon national représentatif de 1 020 personnes âgées de 15 ans et plus. L'ensemble des entretiens a été conduit du 28 février au 12 mars 2005. Afin d'obtenir des bases suffisantes pour analyser les résultats sur les cibles précises de la campagne, deux sur-échan-

tillons supplémentaires de 561 jeunes de 15 à 24 ans et de 428 parents de préadolescents (11-15 ans) et d'adolescents (16-20 ans) ont été constitués. Quatre éléments d'appréciation ont été utilisés : mémorisation de la campagne (se souvenir d'avoir vu, lu ou entendu parler de la campagne dont le contenu est rappelé) ou reconnaissance (reconnaître des éléments visuels ou auditifs de la campagne), agrément (avoir aimé la campagne), compréhension (se sentir concerné par la campagne, le message et les moyens mis à disposition) et incitation (tendre à modifier son comportement dans le sens des changements préconisés par la campagne).

Pour en savoir plus : données non publiées

Rapports d'activité des CSST : Exploitation des rapports d'activité des centres spécialisés de soins aux toxicomanes en ambulatoire

Direction générale de la santé (DGS)/Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Depuis 1998, les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) remplissent chaque année un rapport d'activité type envoyé à la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS). Ces rapports sont ensuite adressés à la DGS qui en assure l'exploitation avec l'aide de l'OFDT. L'objectif de ce recueil est de suivre l'activité des structures ainsi que le nombre et les caractéristiques des consultants accueillis. Les données épidémiologiques ne sont pas recueillies patient par patient mais pour l'ensemble des personnes reçues dans la structure.

Un nouveau rapport d'activité, commun aux CSST et aux centres de cure ambulatoire d'alcoologie (CCAA), a été introduit pour les données de l'année 2004.

En 2004, 163 rapports de CSST en ambulatoire ont pu être intégrés dans la base de données, ce qui correspond à un taux de couverture de 77 % (chiffre en diminution par rapport à celui de 2003 – 94 % – du fait qu'un certain nombre de rapports d'activité ont été fournis sous l'ancien format et n'ont donc pas pu être intégrés à la base de données). Les deux tiers des structures relèvent du secteur associatif et le tiers restant du secteur public, essentiellement hospitalier.

Les CSST ont accueilli 545 personnes (y compris famille et entourage) en moyenne par structure en 2004, dont 440 patients consommateurs actuels ou passés de substances psychoactives. La file active totale de l'ensemble des CSST peut être évaluée dans une fourchette comprise entre 85 000 et 90 000 patients. Parmi les patients accueillis en 2004, environ la moitié (49 %) était reçue pour la première fois dans la structure.

Sont traités dans cet ouvrage les patients pour lesquels le cannabis est considéré comme le produit posant le plus de problèmes.

Pour en savoir plus : Palle C., *et al.*, *Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en 2004. Exploitation des rapports d'activité-type des CSST*, Saint-Denis, OFDT, 2006, 77 p.

RECAP : Recueil commun sur les addictions et les prises en charge

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Mis en place en 2005, ce dispositif permet de recueillir en continu des informations sur les patients des structures d'accueil et de soins spécialisées en toxicomanie ou en alcoologie. Les résultats annuels sont envoyés en avril de l'année suivante à l'OFDT qui en assure l'analyse.

Les données recueillies sont relatives au patient, à la prise en charge actuelle et aux traitements suivis par ailleurs, aux consommations (produits consommés et produits à l'origine de la prise en charge) et à la santé du patient.

Les usagers de cannabis décrits à travers RECAP sont ceux pour lequels le cannabis est le produit consommé au cours des 30 derniers jours ; produit qui, selon l'équipe soignante, pose actuellement le plus de problèmes au patient et motive sa prise en charge.

Les données reçues pour l'année 2005 permettent de décrire la situation d'environ 43 500 patients reçus dans 140 lieux dépendant de CSST, soit un taux de réponse d'environ 50 %.

Ce dispositif remplace l'enquête un mois donné de la DREES (voir ci-dessus).

Pour en savoir plus : Palle C., Vaissade L., « RECAP : mieux connaître les personnes accueillies », *Le Courrier des Addictions*, vol. 8, n° 4, 2006, p. 104-105.

Palle C., Vaissade L., « Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP. Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCAA en 2005 », *Tendances*, n°54, 2007, p.1-6.

Revue de presse de la MILDT

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)

De façon quotidienne, la MILDT réalise une revue de presse relative aux drogues licites et illicites. Cette synthèse des faits rapportés, des analyses et des opinions est constituée à partir des dépêches de l'Agence France Presse, des titres de la presse quotidienne nationale et des principaux hebdomadaires et mensuels grand public. Pour des raisons d'organisation, cette revue de presse ne prend pas en compte la presse régionale, la presse spécialisée et la presse internationale. La synthèse du jour ainsi que l'ensemble des archives sont disponibles et accessibles sur le site www.drogues.gouv.fr depuis son ouverture en décembre 1999. Les internautes ont également la possibilité de s'abonner à cette synthèse quotidienne.

Pour en savoir plus : http://www.drogues.gouv.fr/rubrique40.html

SAM : stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière

Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité (Inrets UMRESTTE) / Ceesar / Inserm / Inrets MA / Lab PSA Peugeot / OFDT

Cette étude a bénéficié des informations recueillies dans le cadre de la loi du 18 juin 1999 instaurant un dépistage de stupéfiants systématique en cas d'accidents aux conséquences immédiatement mortelles, survenus entre septembre 2001 et octobre 2003. Chaque conducteur était alors soumis, outre l'éthylotest obligatoire pour l'alcoolémie, à un dépistage urinaire (pour détecter du cannabis, des amphétamines, des opiacés ou de la cocaïne), suivi de (ou, en cas d'impossibilité ou de refus, remplacé par) une prise de sang pour confirmation.

Le volet épidémiologique de l'étude SAM a reposé sur l'analyse de 10 748 conducteurs dont les niveaux de stupéfiants et d'alcool étaient connus.
Une étude de type cas-témoins a ensuite été pratiquée, comparant 6 766 conducteurs considérés comme responsables de leur accident (cas) à une sélection de 3 006 conducteurs (témoins) parmi les 3 982 non-responsables (les conducteurs non-responsables mais seuls décédés dans l'accident, sont exclus du fait que les conducteurs sous cannabis, même non responsables, sont plus vulnérables).
Une positivité au cannabis est définie comme une concentration sanguine en THC (distinct du THC-COOH) de 1 ng/ml ou plus (seuil minimal de détection) ou, lorsque c'est précisé, non nulle.
La prévalence des conducteurs positifs dans la population des conducteurs circulants est estimée par standardisation des témoins sur l'ensemble des conducteurs non-responsables impliqués dans un accident corporel léger.

Pour en savoir plus : Laumon B., *et al.*, *Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (Projet SAM) : synthèse des principaux résultats*, Saint-Denis, OFDT, INSERM, INRETS, CEESAR, LAB PSA, 2005, 39 p. (http://www.ofdt.fr/BDD/ publications/ docs/SAMsynth.pdf).
Laumon B., *et al.*, « Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study », *British Medical Journal*, vol. 331, n° 7529, 2005, p. 1371-1374.
Biecheler M.-B., *et al.*, « Enquête stupéfiants et accidents mortels (SAM). Recherche des substances consommées », *Alcoologie et Addictologie*, vol. 28, n° 4, 2006, p. 297-309.

SIMCCA : système d'information mensuel dans les « consultations cannabis »

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Chaque mois, depuis mars 2005, les responsables des consultations « Jeunes consommateurs » transmettent quatre catégories d'informations à l'OFDT (saisie sécurisée des données via Internet ou transmission d'un formulaire papier) : le nombre de personnes rencontrées (jeunes consommateurs vus au moins une fois par mois, parents, autres personnes) ; le délai moyen pour obtenir une première consultation sur rendez-vous ; le nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire de la consultation et le type de techniques utilisées pour repérer les usagers problématiques de cannabis.
Chaque mois, les résultats sont disponibles pour l'ensemble de la France, par région et par département. Les consultations peuvent accéder à leurs propres données.
Au départ, en mars 2005, 259 consultations « Jeunes consommateurs » étaient recensées ; elles étaient 279 en octobre 2006. Le bilan d'un an et demi d'activité de ces structures met en évidence les fluctuations du taux de participation à SIMCCA selon les périodes. En moyenne, de mars 2005 à octobre 2006, il est proche de 84 %.

Pour en savoir plus : Vaissade L., Lopez D., « Recueil mensuel dans les "consultations cannabis" », in Obradovic I., « Premier bilan des "consultations cannabis" », *Tendances,* n° 50, 2006, p. 4.

SINTES : Système d'identification national des toxiques et des substances – investigations spécifiques sur le cannabis

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Le dispositif SINTES vise à documenter la composition toxicologique de produits illicites circulant en France. Les informations alimentant ce dispositif proviennent de deux sources :

- la transmission à l'OFDT de résultats d'analyses toxicologiques réalisées sur les saisies par les laboratoires des services répressifs (Institut national de police scientifique, Institut de recherche criminelle de la gendarmerie nationale et laboratoires des douanes),
- la conduite par l'OFDT d'investigations basées sur le recueil d'échantillons de produits directement auprès d'usagers. Ces collectes de produits sont bordées par un cadre réglementaire strict et réalisées par des enquêteurs spécifiquement formés.

Dans sa version initiale datant de 1999, le dispositif s'intéressait exclusivement aux produits de synthèse. À partir de 2006, son domaine d'investigation s'est élargi à l'ensemble des produits illicites après qu'une étude pilote ait été réalisée sur le cannabis en 2004 et 2005.

Le recueil d'échantillons de cannabis auprès d'usagers s'est donc déroulée en deux temps : dans les agglomérations de Bordeaux, Dijon et Lille ainsi qu'en Martinique en 2004, puis dans les villes de Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse en 2005. La constitution d'un échantillon représentatif des lots de cannabis consommés sur un lieu et une période donnés étant irréalisable, les pratiques de sélection des échantillons ont favorisé la diversification des filières d'approvisionnement des produits à analyser. Sur l'ensemble des deux périodes, la composition toxicologique de 632 échantillons de cannabis a pu être étudiée (574 hors martinique). En parallèle, les usagers détenteurs de ces produits ont répondu à un questionnaire portant sur leurs caractéristiques sociodémographiques, leurs usages, les circonstances d'obtention du produit ainsi que sur leurs perceptions subjectives du contenu des échantillons recueillis.

Pour en savoir plus : Bello P.-Y., *et al.*, « Composition et caractéristiques de cannabis collectés auprès d'usagers dans quatre sites en France, 2004 », *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 20, 2005, p. 91.

Statistique des contrôles et des infractions au code de la route

Section sécurité routière (Bureau des usagers de la route et de la réglementation des véhicules - Sous-direction de la circulation et de la sécurité routières - Direction des libertés publiques et des affaires juridiques - Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire)

Depuis 2004, la publication de la Section Sécurité routière réunit les statistiques des contrôles réalisés par les services de police et de gendarmerie nationales et celles des infractions (contraventions et délits) au code de la route constatées par ces mêmes services*. Ces données parviennent tous les mois au ministère et sont publiées au niveau national.

Les données sont détaillées pour les infractions relatives aux règles de vitesse, à la conduite sans permis, à l'alcoolémie et, depuis 2004, à l'usage de stupéfiants (les données de 2003 étaient partielles).

Pour l'usage de stupéfiants, le nombre de dépistages et de tests positifs est détaillé suivant les circonstances des épreuves de dépistage (accidents mortels, corporels ou matériels, infractions, soupçon d'usage de stupéfiants sans accident ni infraction). Les taux de positivité sont à interpréter avec beaucoup de prudence car, au vu des taux de positivité particulièrement élevés, il est probable que le dépistage et la recherche des résultats ne se fassent pas au hasard mais ciblent les conducteurs les plus susceptibles d'être positifs aux stupéfiants.

Le total annuel des différentes infractions en matière de stupéfiants est également repris : conduite d'un véhicule en ayant fait usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants, conduite d'un véhicule en ayant fait usage de substances et sous l'empire d'un état alcoolique et refus, par le conducteur d'un véhicule, de se soumettre aux analyses ou examens en vue d'établir s'il conduisait en ayant fait usage de stupéfiants.

Conformément au code pénal, le cannabis n'est pas distingué des autres stupéfiants dans ces données.

** La publication regroupe aussi les informations en provenance des préfectures sur les suspensions administratives du permis de conduite.*

Pour en savoir plus : Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire (Section Sécurité routière), *Bilan du comportement des usagers de la route. Année 2005*, Paris, 2006, 53 p. (http://www.interieur.gouv.fr/misill/sections /a_la_une/statistiques/securite_routiere/bilans-comportement/bilan-comportement-2005/view)

TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'objectif du dispositif TREND, mis en place en 1999, est d'apporter des éléments de connaissance sur les usages et les usagers de drogues illicites ainsi que sur les phénomènes émergents qui leur sont liés. Ces derniers recouvrent soit des phénomènes nouveaux soit des phénomènes existants, mais non encore détectés par les systèmes d'observation en place.

L'observation est menée sur deux espaces sociaux, dont le choix s'explique par la forte probabilité d'y repérer des phénomènes nouveaux ou non encore observés même s'ils ne sauraient épuiser à eux seuls la réalité de l'usage de drogues en France :

- l'espace urbain, défini par TREND, recouvre essentiellement les structures de première ligne (boutiques et Programme d'échange de seringues) et les lieux ouverts (rue, squat, etc.). La plupart des personnes rencontrées et observées dans ce cadre sont des usagers problématiques de produits illicites dont les conditions de vie sont fortement marquées par la précarité,
- l'espace festif techno désigne les lieux où se déroulent des événements organisés autour de ce courant musical. Il comprend l'espace techno dit « alternatif » (free-party, tecknivals…) mais aussi les clubs, discothèques ou soirées privées à l'occasion de leurs soirées « techno ».

Le dispositif s'appuie sur un ensemble de données, analysé par les coordinations locales à l'origine des rapports de sites, puis faisant l'objet d'une mise en perspective au niveau national :

- des outils qualitatifs de recueil continu coordonnés par l'OFDT, mis en œuvre par un réseau de coordinations locales (Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse en 2005) dotées d'une stratégie commune de collecte et d'analyse de l'information ;

■ le dispositif SINTES (Système d'identification national des toxiques et des substances), système d'observation orienté sur l'étude de la composition toxicologique des produits illicites ;

■ des enquêtes quantitatives récurrentes, en particulier auprès des usagers des structures de première ligne ;

■ l'utilisation des résultats de systèmes d'information partenaires (notamment ESCAPAD, EROPP, FNAILS) ;

■ et des investigations thématiques qualitatives ou quantitatives pour approfondir un sujet. À ce titre, deux enquêtes décrites précédemment ont exploré l'usage régulier de cannabis : en 2004, l'enquête sur les « consommateurs réguliers de cannabis » et en 2006, une enquête qualitative auprès des usagers réguliers.

Pour en savoir plus : Cadet-Taïrou A., *et al.*, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005. Septième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2007, 105 p.

Liste des sigles

ADOTECNO	Adolescents, techniques d'évaluation des consommations nocives
AFP	Agence France Presse
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMEST	Association médecine et santé au travail
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
BVA	Brulé Ville et Associé (institut de sondage)
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
CAST	Cannabis abuse screening test
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CEESAR	Centre européen d'études de sécurité et d'analyse des risques
CESDIP	Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales
CFES	Comité français d'éducation pour la santé (devenu INPES)
CIM	Classification internationale des maladies
CIRC	Collectif d'information et de recherche cannabique
CJN	Casier judiciaire national
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
COM	Collectivité d'outre-mer
CSST	Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
DIS	Drogues info service
DACG	Direction des affaires criminelles et des grâces
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire
DATIS	Drogues alcool tabac info service
Δ^9-THC	delta-9-tétrahydrocannabinol
DEP-ADO	Dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes
DGDDI	Direction générale des douanes et droits indirects
DGLDT	Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie
DGS	Direction générale de la santé
DISR	Délégation interministérielle à la Sécurité routière

DOM	Département d'outre-mer
DPJJ	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
DSCA	Direction centrale du service de santé des armées
DSN	Direction du service national
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EROPP	Enquête sur les représentations opinions et perceptions sur les produits psychotropes
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les comportements lors de l'appel de préparation à la défense
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
FDA	Food and drug administration
FNAILS	Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants
FND	Fichier national des détenus
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
GERS	Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques
GIR	Groupes d'intervention régionaux
HT	Hors taxes
IC	Intervalle de confiance
IFOP	Institut français d'opinion publique (institut de sondage)
ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants
INHES	Institut national des hautes études de sécurité
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INPS	Institut national de police scientifique
INRETS	Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut de veille sanitaire
IPM	Inter secteur des pharmacodépendances de la Moselle
LSD	Lysergic Saüre Diethylamide (terme allemand)
MENRT	Ministère de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie
MJENR	Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche
MILAD	Mission de lutte antidrogue
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MINI	Mini International Neuropyschiatric Interview
NIDA	National institut for drug abuse
NOR	Système normalisé de numérotation des textes officiels
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OGD	Observatoire géopolitique des drogues
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDCP	Office of national drug control policy
ONISR	Observatoire national interministériel de la Sécurité routière
ONU	Organisation des Nations unies
ORS	Observatoire régional de santé
PCS	Profession et catégorie sociale
PFAD	Policier formateur antidrogue
PIB	Produit intérieur brut
PMSI	Programme de médicalisation du système d'information
POSIT	Problem oriented screening interview for teenagers
RATP	Régie autonome des transports parisiens
RECAP	Recueil commun sur les addictions et les prises en charge
SAM	Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière
SDSED	Sous-direction de la statistique, des études et de la documentation
SESI	Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (devenu DREES)
SIDA	Syndrome immunodéficitaire acquis
SIG	Service d'information du gouvernement
SIRP	Service de l'information et des relations publiques du ministère de l'Intérieur
SIMCCA	Système d'information mensuel dans les « consultations cannabis »
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances
SNCF	Société nationale des chemins de fer
SOFRES	Société française d'études par sondages
THC	Tétrahydrocannabinol
TCH-COOH	Acide 11-nor-delta-9-tétrahydrocannabinol-carboxylique
TNS	Taylor Nelson Sofres (institut de sondage)
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues
TTC	Toutes taxes comprises
UE	Union européenne
VADS	Voies aérodigestives supérieures

Liste des figures

Figure 1 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 12-75 ans en 2005 21

Figure 2 : Usages de cannabis au cours de la vie et de l'année, par sexe et par âge en 2005 (en %) 22

Figure 3 : Usages de cannabis suivant le statut scolaire et professionnel parmi les 15-64 ans en 2005 (en %) 23

Figure 4 : Odds ratios (OR) des différents usages de cannabis parmi les 15-34 ans en 2005 ajustés en fonction du statut scolaire et professionnel (en %) 24

Figure 5 : Usages de cannabis suivant le statut scolaire et professionnel à 17 ans en 2005 (en %) 26

Figure 6 : Usages de cannabis suivant la sociabilité à 17 ans en 2005 (en %) 26

Figure 7 : Usages de cannabis suivant le milieu social familial déclaré à 17 ans en 2005 (en %) 27

Figure 8 : Usage de cannabis au cours de l'année parmi les 17 ans et les 15-64 ans en 2005 par région (en %) 28

Figure 9 : Usages de cannabis dans les DOM et COM à 17 ans en 2005 (en %) 29

Figure 10 : Expérimentation de cannabis parmi les 18-44 ans, 1992-2005 (en %) 31

Figure 11 : Expérimentation de cannabis par sexe, à 17 ans, 1993-2005 (en %) 32

Figure 12 : Usage régulier de tabac, d'alcool et de cannabis par sexe, à 17 ans, 2000-2005 (en %) 32

Figure 13 : Évolution 1999-2003 du niveau d'expérimentation de cannabis à 15-16 ans selon les pays européens 33

Figure 14 : Usage de cannabis au cours de l'année parmi les jeunes adultes (15-34 ans) selon les pays européens (en %) 36

Figure 15 : Usage de cannabis au cours du mois à 15-16 ans selon les pays européens, en 2003 (en %) 38

Figure 16 : Usage régulier de cannabis entre 15 et 54 ans par sexe en 2003/2005 (en %) 43

Figure 17 : Usage régulier de cannabis à 17 ans en France métropolitaine, par région en 2005 45

Figure 18 : Motifs de consommation parmi les consommateurs réguliers de cannabis de 15-29 ans en 2004 (en %) 46

Figure 19 : Usage de cannabis suivant le nombre de joints et la fréquence de consommation, à 17 ans, en 2005 (en %) 47

Figure 20 : Lieux des consommations de cannabis au cours du mois écoulé chez des consommateurs réguliers de cannabis âgés de 15 à 29 ans en France, en 2004 (en %) 48

Figure 21 : Expérimentation d'autres drogues illicites parmi les usagers réguliers de cannabis âgés de 15-34 ans et pour l'ensemble de la population du même âge en 2005 (en %) 49

Figure 22 : Comportements et difficultés rencontrées parmi les consommateurs réguliers de cannabis de 17 ans en 2005 (en %) 51

Figure 23 : Saisies de cannabis (herbe et résine) en France de 1990 à 2005 (en kg) 60

Figure 24 : Saisies de résine de cannabis en Europe de 2002 à 2005 (en tonnes) 61

Figure 25 : Prix moyen d'un gramme de cannabis en France en 2004 et 2005 71

Figure 26 : Estimations annuelles finales des dépenses d'achat de cannabis suivant la méthode de consommation par tranche d'âge et fréquence d'usage en 2005 (en millions d'euros) 75

Figure 27 : Estimations annuelles finales des dépenses d'achat de cannabis suivant la méthode des dépenses par tranche d'âge et fréquence d'usage en 2005 (en millions d'euros) 75

Figure 28 : Évolution 2000-2005 des taux moyens des saisies analysées par les laboratoires des douanes et de la police (en %) 82

Figure 29 : Odds ratios de la responsabilité selon la concentration sanguine en THC et l'alcoolémie en France, 2001-2003 107

Figure 30 : Scores d'impact des post-tests des campagnes grand public entre 2000 et 2006 119

Figure 31 : Nombre de personnes prises en charge pour usage de cannabis dans les CSST au cours du mois de novembre, 1989-2003 124

Figure 32 : Diagnostic d'usage des consommateurs accueillis dans les « consultations cannabis », selon la modalité de recours, en 2005 129

Figure 33 : Interpellations pour usage simple de cannabis, cocaïne, crack, héroïne et ecstasy, 1985-2005 137

Figure 34 : Typologie des cinq profils d'opinion à l'égard du cannabis 159

Bibliographie générale

1. Loi n° 92-1336 du 16 décembre 1992 portant entrée en vigueur du nouveau code pénal, JO du 27 décembre 1992 (NOR : JUSX92400040L).

2. Décret n° 2003-293 du 31 mars 2003 relatif à la Sécurité routière et modifiant le code de procédure pénale et le code de la route (NOR : EQUS0300583D).

3. Loi n°53-1270 du 24 décembre 1953 modifiant et complétant les dispositions législatives relatives à la répression du trafic et de l'usage illicite de stupéfiants.

4. Loi du 12 juillet 1916, JO du 14 juillet 1916, p.6254 et s.

5. Arrêté du 31 mars 2005 relatif aux modalités d'importation du chanvre dans le secteur du lin et du chanvre destinés à la production de fibres (JO n°98 du 27 avril 2005).

6. Loi n° 96-392 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie, JO du 14 mai 1996 (NOR : JUSX9400059L) et circulaire CRIM n°96-11G du 10 juin portant commentaire de la loi du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération (NOR : JUSD9630084C).

7. Décret n°88-1232 du 29 décembre 1988 relatif à certaines substances et préparations vénéneuses et modifiant le Code de la santé publique (JO du 31 décembre 1988).

8. Loi n° 2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants (NOR : JUSX0205970L).

9. Décret n° 2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière, modifiant le décret n° 2001-251 du 22 mars 2001 relatif à la partie réglementaire du code de la route et modifiant le code de la route, JO du 28 août 2001.

10. Loi n° 87-1157 du 31 décembre 1987 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du code pénal, JO du 5 janvier 1988 (NOR : JUSX8700015L).

11. Loi n° 90-614 du 12 juillet 1990 relative à la lutte contre le blanchiment, JO du 14 juillet 1990 (NOR : ECOX9000077L).

12. Loi de finances pour 1989 n° 88-1149 du 23 décembre 1988, article 84, JO du 28 décembre 1988 (NOR : ECOX880121L).

13. Loi n° 86-76 du 17 janvier 1986 portant diverses dispositions d'ordre social, JO du 18 janvier 1986.

14. Circulaire n°DGS/DHOS/DGAS/2004/464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille (NOR : SANP0430495C).

15. Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, JO du 7 mars 2007 (NOR: INTX0600091L).

16. Circulaire CRIM 05 1 G4-08042005 du 8 avril 2005 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances (NOR : JUSD05-30061C).

17. Circulaire DACG-DAP-DPJJ du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanes, non publiée au JO (NOR : JUSA9900148C).

18. Lettre-circulaire CAB 87-01 du 12 mai 1987 du ministre de la Justice aux procureurs généraux relative à l'application de la législation sur les stupéfiants, Justice 1987 n° 26 (NOR : JUSA8700055 C).

19. Circulaire DGLDT/CRIM/DGS n°20 C du 28 avril 1995 relative à l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique, BO Justice du 30 juin 1995.

20. Loi n° 99-505 du 18 juin 1999 portant diverses mesures relatives à la Sécurité routière et aux infractions sur les agents des exploitants de réseau de transport public de voyageurs, JO du 19 juin 1999 (NOR : EQUX9800010L).

21. Circulaire CRIM 84 E2 du 17 septembre 1988 relative à l'intervention judiciaire en matière de stupéfiants, BO justice du 30 septembre 1984.

22. The Council of the European Union, Council Resolution on Cannabis, CORDROGUE 59, Brussels, 7 July 2004.

23. Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, JO du 10 mars 2004 (NOR : USX0300028L).

24. Circulaire du 17 mai 1978 relative à l'application des recommandations du rapport de la mission d'étude Pelletier sur la drogue (NOR : 69F389).

25. Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses, JO du 2 janvier 1971.

26. Commentaire de la Convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes 1988, Publication des Nations Unies, 2000.

27. La prise en charge et la prévention des addictions : plan 2007-2011, Paris, ministère de la Santé et des Solidarités, 2006, 19 p.

28. « Inter-Agency advisory regarding claims that smoked marijuana is a medicine », FDA Press Office, 2006.

29. ADAMSON S.J., SELLMAN J.D., « A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample », *Drug and Alcohol Review*, vol.22, n°3, 2003, p.309-315.

30. AMAR C., POULINGUE G., POULINGUE P., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Tendances récentes sur le site de Rennes*, Saint-Denis, OFDT, 2005, 78 p.

31. ANDREASSON S., *et al.*, « Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts », *Lancet*, vol.2, n°8574, 1987, p.1483-1486.

32. ANDREASSON S., ALLEBECK P., « Cannabis and mortality among young men : a longitudinal study of Swedish conscripts », *Scandinavian Journal of Social Medicine*, vol.18, n°1, 1990, p.9-15.

33. ANONYME, *Rapport d'activité en matière de stupéfiants - Bilan et tendance* (non publié), Institut national de police scientifique, Système uniformisé des produits stupéfiants, 2000 à 2005.

34. ANONYME, *Rapport d'activité en matière de stupéfiants - Bilan et tendances* (non publié), Laboratoire des Douanes, 2000 à 2005.

35. AQUATIAS S., *et al.*, *L'usage dur des drogues douces : recherche sur la consommation de cannabis dans la banlieue parisienne*, Paris, GRASS-IRESCO, DGLDT, 1999, 187 p.

36. AQUATIAS S., « Achat et vente de cannabis au niveau local », in: *Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé*, Paris, INSERM, Coll. Expertise collective, 2001, p.403-415.

37. ARSENEAULT L., *et al.*, « Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study », *British Medical Journal*, vol.325, n°7374, 2002, p.1212-1213.

38. ARYANA A., WILLIAMS M.A., « Marijuana as a trigger of cardiovascular events: speculation or scientific certainty? » *International Journal of Cardiology*, vol.118, n°2, 2007, p.141-144.

39. BACHS L., MORLAND H., « Acute cardiovascular fatalities following cannabis use », *Forensic Science International*, vol.124, n°2-3, 2001, p.200-203.

40. BARRÉ M.D., « Toxicomanie et délinquance : relations et artefacts », *Déviance et Société*, vol.20, n°4, 1996, p.299-315.

41. BARRÉ M.D., GODEFROY T., CHAPOT C., *Le consommateur de produits illicites et l'enquête de police judiciaire : étude exploratoire à partir des procédures de police judiciaire*, Paris, OFDT, 2000, 55 p.

42. BAUTISTA C.T., *et al.*, « Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in South America », *Sexually Transmitted Infections*, vol.82, n°4, 2006, p.311-316.

43. BECK F., *Perceptions, opinions, attitudes et connaissances de la population française en matière de toxicomanie. États des lieux et étude des évolutions depuis la fin des années 80*, Paris, OFDT, 1998, 62 p.

44. BECK F., LEGLEYE S., PERETTI-WATEL P., *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, 2000, 220 p.

45. BECK F., PERETTI-WATEL P., *EROPP 99 : enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*, Paris, OFDT, 2000, 203 p.

46. BECK F., LEGLEYE S., PERETTI-WATEL P., *Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. EROPP 2002*, Paris, OFDT, 2003, 227 p.

47. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., « Cannabis, alcool, tabac et autres drogues à la fin de l'adolescence : usages et évolutions récentes ESCAPAD 2003 », *Tendances*, n°39, 2004, p.1-4.

48. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., *Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - ESCAPAD 2003*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 251 p.

49. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., *Les usages de drogues des adolescents parisiens : analyse de l'enquête ESCAPAD Paris 2004*, Saint-Denis, OFDT, 2005, 101 p.

50. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., *Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français : exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003*, Saint-Denis, OFDT, 2005, 219 p.

51. BECK F., *et al.*, *Les consommations de drogues des jeunes Franciliens. Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003*, Saint-Denis, OFDT, 2005, 88 p.

52. BECK F., CYTRYNOWICZ J., « Usages de drogues illicites », in: Baromètre santé 2005. Premiers résultats, Guilbert P. et Gautier A. (Dir.), Saint-Denis, INPES, Coll. *Baromètres santé*, 2006, p.49-58.

53. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., « Les drogues à 17 ans : évolutions, contextes d'usages et prises de risque », *Tendances*, n°49, 2006, p.1-4.

54. BECK F., *et al.*, « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. Exploitation des données du Baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances*, n°48, 2006, p.1-6.

55. BECK F., LEGLEYE S., « Measuring cannabis related problems and dependence at the population level », in: *Cannabis monograph*, Room R. et Rödner S. (Dir.), Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2007 (à paraître).

56. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., « Les comportements de la population vis-à-vis des drogues illicites », in: *Baromètre santé 2005*, Guilbert P. et Arnaud G. (Dir.), Saint-Denis, INPES, 2007 (à paraître).

57. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., *Les consommations de produits psychoactifs des jeunes de Seine-Saint-Denis à 17 ans, comparaison avec l'Île-de-France. Analyse de l'enquête ESCAPAD 2002/2003*, Saint-Denis, OFDT, 2007 (à paraître).

58. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., « Drogues », in: *Baromètre santé 2005*, Guilbert P. et Gautier A. (Dir.), Saint-Denis, INPES, 2007 (à paraître).

59. BECK F., *et al.*, *Les drogues à 17 ans, rapport Escapad 2005*, Saint-Denis, OFDT, 2007 (à paraître).

60. BECK F., LEGLEYE S., VICENTE J., *Screening problematic cannabis use in epidemiological research and in general population: tools, validation and references*, Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2007 (à paraître).

61. BEIGI R.H., *et al.*, « Vaginal yeast colonization in nonpregnant women: a longitudinal study », *Obstetrics and Gynecology*, vol.104, n°5 Pt 1, 2004, p.926-930.

62. BELLAMY V., *La prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours au système sanitaire et social : enquête réalisée en novembre 2003*, Paris, DREES, 2005, 36 p.

63. BELLIARD E., *Les prises en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1989*, SESI, ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, 1991.

64. BELLO P.-Y., *et al.*, « Les usagers fréquents de cannabis, éléments descriptifs, France, 2004 », *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n°20, 2005, p.89-91.

65. BELLO P.-Y., *et al.*, « Consommations, état de santé et représentation chez des consommateurs réguliers de cannabis en France en 2004 », *Revue Toxibase*, n°19, 2005, p.37-44.

66. BELLO P.Y., *et al.*, « Composition et caractéristiques de cannabis collectés auprès d'usagers dans quatre sites en France, 2004 », *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n°20, 2005, p.91.

67. BELLO P.Y., *et al.*, *À propos du cannabis en France en 2004 : consommateurs réguliers, usages problématiques et caractéristiques du produit*, Saint-Denis, OFDT, 2005, 47 p.

68. BEN LAKHDAR C., LEGLEYE S., SPILKA S., « Two ways of estimating the value of illicit black market for cannabis in France », (à paraître).

69. BERGERON J., *et al.*, « Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool, l'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) », *Les cahiers de recherché du RISQ*, n°CR-1, 1992, p.1-108 (http://www.risq-cirasst.umontreal.ca/cah_rec.html).

70. BERTHILLER J., *et al.*, « Cannabis use and risk of lung cancer in men: a pooled analysis of three studies in Maghreb », (à paraître).

71. BIECHELER M.-B., « Les effets du cannabis sur la conduite automobile : une revue des données scientifiques », *Transport Environnement Circulation* (T.E.C.: Paris), n°176, 2003, p.7-17.

72. BIECHELER M.-B., *Cannabis, conduite et Sécurité routière : une analyse de la littérature scientifique*, Observatoire interministériel de Sécurité routière, 2006, 23 p. (http://www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/Cannabis.pdf).

73. BLESS R., *et al.*, *Improving the comparability of general population surveys on drug use in the European Union. Final report*, Amsterdam, Commissioned by the EMCDDA ; Amsterdam Bureau of Social Research Statistics, 1997, 150 p.

74. BLOCK R.I., FARINPOUR R., SCHLECHTE J.A., « Effects of chronic marijuana use on testosterone, luteinizing hormone, follicle stimulating hormone, prolactin and cortisol in men and women », *Drug and Alcohol Dependence*, vol.28, 1991, p.121-128.

75. BLUHM E.C., *et al.*, « Maternal use of recreational drugs and neuroblastoma in offspring: a report from the Children's Oncology Group (United States) », *Cancer Causes and Control*, vol.17, n°5, 2006, p.663-669.

76. BORINI P., GUIMARAES R.C., BORINI S.B., « Possible hepatotoxicity of chronic marijuana usage », *São Paulo Medical Journal*, vol.122, n°3, 2004, p.110-116.

77. BRAUSTEIN G.D., *et al.*, « Pregnancy hormone concentrations in marijuana users », *Life Sciences*, vol.33, n°2, 1983, p.195-199.

78. BRODBECK J., MATTER M., MOGGI F., « Association between cannabis use and sexual risk behavior among young heterosexual adults », *AIDS and Behavior*, vol.10, n°5, 2006, p.599-605.

79. BUCK G.M., *et al.*, « Life-style factors and female infertility », *Epidemiology*, vol.8, n°4, 1997, p.435-441.

80. CADET-TAÏROU A., *et al.*, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005. Septième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2007, 105 p.

81. CALIGIANI A., PALLA G., BERNARDELLI B., « GC-MS analysis of hashish samples: a case of adulteration with colophony », *Journal of Forensic Sciences*, vol.51, n°5, 2006, p.1096-1100.

82. CAPITAINE C., ROURE-MARIOTTI M.-C., MEVEL-EUGENE G., « Aptitude au travail et cannabis », in: *Le cannabis en question*, Palazzolo J. (Dir.), Paris, Hachette Pratique, coll. Réponses pratiques, 2006, p.153-161.

83. CARRIOT F., SASCO A.J., « Cannabis et cancer », *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, vol.48, n°5, 2000, p.473-83.

84. CASPI A., *et al.*, « Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction », *Biological Psychiatry*, vol.57, n°10, 2005, p.1117-1127.

85. CASTLE D., MURRAY R., *Marijuana and madness*. Psychiatry and neurobiology, Cambridge, Cambridge University Press, 2004, 218 p.

86. CHABERT S., CAGNI G., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Tendances récentes sur le site de Dijon*, Saint-Denis, OFDT, 2005, 46 p.

87. CHACKO J.A., *et al.*, « Association between marijuana use and transitional cell carcinoma », *Urology*, vol.67, n°1, 2006, p.100-104.

88. CHOQUET M., *et al.*, « Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans », *Tendances*, n°35, 2004, p.1-6.

89. CIRC NORD-EST, *Cannabis : Alerte Toxique et Verre Pilé !*, http://www.circnordest.net, accédé en 2007.

90. CLUTTERBUCK D.J., *et al.*, « Substance use and unsafe sex amongst homosexual men in Edinburgh », *AIDS Care*, vol.13, n°4, 2001, p.527-535.

91. COATES R.A., *et al.*, « Cofactors of progression to acquired immunodeficiency syndrome in a cohort of male sexual contacts of men with human immunodeficiency virus disease », *American Journal of Epidemiology*, vol.132, n°4, 1990, p.717-722.

92. COCEDAL CONSEIL, *Enquête parents-cannabis. Attitudes et pratiques des parents de jeunes de 11 à 18 ans face à la problématique du cannabis.* Étude qualitative sur le rôle parental et les attentes à l'égard des institutions publiques dans une démarche de prévention, Puteaux, COCEDAL Conseil, 2004 (non publié), 37 p.

93. COHEN S., « Marijuana research: selected recent findings », *Drug Abuse and Alcoholism Newsletter*, vol.15, n°1, 1986, p.1-3.

94. COLLINS D., LAPSLEY H., *Estimating the economic cost of drug abuse in Australia*, Canberra, Australian Government Publishing Service, 2002.

95. CONE E.J., *et al.*, « Passive inhalation of marijuana smoke: urinalysis and room air levels of delta-9-tetrahydrocannabinol », *Journal of Analytical Toxicology*, vol.11, 1987, p.89-96.

96. CULIC V., « Acute risk factors for myocardial infarction », *International Journal of Cardiology*, vol.117, n°2, 2007, p.260-269.

97. DARLING M.R., ARENDORF T.M., COLDREY N.A., « Effect of cannabis use on oral candidal carriage », *Journal of Oral Pathology and Medicine*, vol.17, n°7, 1990, p.319-321.

98. DATIS, *Analyse des appels reçus sur la ligne Écoute Cannabis pendant la campagne de communication du 08 février au 6 mars 2005*, Paris, DATIS, 2005 (non publiée), 18 p.

99. DAY N.L., RICHARDSON G.A., « Prenatal marijuana use : epidemiology, methodologic issues, and infant outcome », *Clinics in Perinatology*, vol.18, n°1, 1991, p.77-91.

100. DE SANJOSE S., *et al.*, « Cervical human papillomavirus infection in the female population in Barcelona, Spain », *Sexually Transmitted Diseases*, vol.30, n°10, 2003, p.788-793.

101. DELILE M., RAHIS A.C., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Tendances récentes sur le site de Bordeaux*, Saint-Denis, OFDT, 2005, 125 p.

102. DELILE M., RAHIS A.C., SEIGNETTE C., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005. Tendances récentes sur le site de Bordeaux*, Saint-Denis, OFDT, 2006, 56 p.

103. DESCO (DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT SCOLAIRE), MILDT, *Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire*, Lyon, CNDP, coll. « Repères », 2005, 84 p.

104. DGDDI, *La douane : résultats 2005*, 2006 (http://www.douane.gouv.fr).

105. DI FRANCO M.J., *et al.*, « The lack of association of marijuana and other recreational drugs with progression to AIDS in the San Francisco Men's Health Study », *Annals of Epidemiology*, vol.6, n°4, 1996, p.283-289.

106. DONALD P., « Marijuana and upper aerodigestive tract malignancy in young patients », *Advances in the Biosciences*, vol.80, 1991, p.39-54.

107. DURAND E., GAYET C., BIJAOUI A., « Le dépistage des substances psychoactives en milieu de travail », *Documents pour le Médecin du Travail*, n°99, 2004, p.301-314.

108. ECOIFFIER M., « Le grand boom des jardiniers en herbe », *Libération*, 30 novembre 2002.

109. EFIRD J.T., *et al.*, « The risk for malignant primary adult-onset glioma in a large, multiethnic, managed-care cohort: cigarette smoking and other lifestyle behaviors », *Journal of Neuro-oncology*, vol.68, n°1, 2004, p.57-69.

110. ELSOHLY M.A., *et al.*, « Constituents of Cannabis sativa L. XXIV. The potency of confiscated marijuana, hashish, and hash oil over a ten-year period », *Journal of Forensic Sciences*, vol.29, n°2, 1984, p.500-514.

111. ELSOHLY M.A., *et al.*, « Potency trends of Δ^9-THC and other cannabinoids in confiscated marijuana from 1980-1997 », *Journal of Forensic Sciences*, vol.45, n°1, 2000, p.24-30.

112. ENGLISH D.R., *et al.*, « Maternal cannabis use and birth weight: a meta-analysis », *Addiction*, vol.92, n°11, 1997, p.1553-1560.

113. ESCOTS S., *et al.*, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Tendances récentes sur le site de Toulouse*, Saint-Denis, OFDT, 2005, 94 p.

114. FELDMAN H.W., MANDEL J., « Providing medical marijuana: the importance of cannabis clubs », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol.30, n°2, 1998, p.179-186.

115. FERENCZI A., « Que disent sur les drogues les médias pour jeunes ? » *Revue Toxibase*, n°2, 2001, p.34-38.

116. FERGUSSON D.M., HORWOOD L.J., NORTHSTONE K., « Maternal use of cannabis and pregnancy outcome », *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol.109, n°1, 2002, p.21-27.

117. FERNANDEZ M.I., *et al.*, « Predictors of HIV risk among Hispanic farm workers in South Florida: women are at higher risk than men », *AIDS and Behavior*, vol.8, n°2, 2004, p.165-174.

118. FONTAINE A., *et al.*, « Drogues et travail : le new deal ? » *Revue Toxibase*, n°15, 2004, p.1-19.

119. FONTAINE A., GANDILHON M., *Traitement médiatique de l'usage de drogues à travers 7 magazines (décembre 2000 - septembre 2003). Rapport sur la veille média du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 127 p.

120. FOURNIER G., *et al.*, « À propos des conditions d'échantillonnage pour le dosage du delta-9-tétrahydrocannabinol dans les variétés de chanvre à usage industriel », *Annales de Toxicologie Analytique*, vol.13, n°4, 2001, p.275-281.

121. FRIED P.A., WATKINSON B., WILLAN A., « Marijuana use during pregnancy and decreased length of gestation », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol.150, n°1, 1984, p.23-27.

122. FRIED P.A., JAMES D.S., WATKINSON B., « Growth and pubertal milestones during adolescence in offspring prenatally exposed to cigarettes and marihuana », *Neurotoxicology and Teratology*, vol.23, n°5, 2001, p.431-436.

123. FRIEDMAN H., PROSS S., KLEIN T.W., « Addictive drugs and their relationship with infectious diseases », *FEMS Immunology and Medical Microbiology*, vol.47, 2006, p.330-342.

124. FUNG M., GALLAGHER C., MACHTAY M., « Lung and aero-digestive cancers in young marijuana smokers », *Tumori*, vol.85, n°2, 1999, p.140-142.

125. GARCIA-ALTES A., *et al.*, « The social cost of illegal drug consumption in Spain », *Addiction*, vol.97, n°9, 2002, p.1145-1153.

126. GIBSON G.T., BAGHURST P.A., COLLEY D.P., « Maternal alcohol, tobacco and cannabis consumption and the outcome of pregnancy », *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol.23, n°1, 1983, p.15-19.

127. GOURARIER L., « Cannabis : quel avenir en thérapeutique ? » *Le Concours médical*, vol.125, n°29, 2003, p.1670-1672.

128. GREENLAND S., *et al.*, « The effects of marijuana use during pregnancy. I. A preliminary epidemiologic study », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol.143, n°4, 1982, p.408-413.

129. GREENLAND S., RICHWALD G.A., HONDA G.D., « The effects of marijuana use during pregnancy. II. A study in a low-risk home-delivery population », *Drug and Alcohol Dependence*, vol.11, n°3-4, 1983, p.359-366.

130. GRUFFERMAN S., *et al.*, « Parents' use of cocaine and marijuana and increased risk of rhabdomyosarcoma in their children », *Cancer Causes and Control*, vol.4, n°3, 1993, p.217-224.

131. GUILLEMIN F., *et al.*, « Le Profil de santé de DUKE : un instrument générique de mesure de qualité de vie liée à la santé », *Santé Publique*, n°1, 1997, p.35-44.

132. GUPTA B.D., JANI C.B., SHAH P.H., « Fatal « Bhang » poisoning », *Medicine, Science, and The Law*, vol.41, n°4, 2001, p.349-352.

133. HALFEN S., GREMY I., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Tendances récentes sur le site de l'Ile-de-France*, Saint-Denis, OFDT, 2005, 125 p.

134. HALFEN S., GREMY I., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005. Tendances récentes sur le site de l'Ile-de-France*, Saint-Denis, OFDT, 2006, 178 p.

135. HALL W., SWIFT W., « The THC content of cannabis in Australia : evidence and implications », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol.24, n°5, 2000, p.503-508.

136. HALL W., DEGENHARDT L., LYNSKEY M., *The health and psychological effects of cannabis use*, 2nd edition, Canberra, Commonwealth of Australia, coll. « National Drug and Alcohol Research Centre Monograph Series No.44 », 2001.

137. HASHIBE M., *et al.*, « Epidemiologic review of marijuana use and cancer risk », *Alcohol*, vol.35, n°3, 2005, p.265-275.

138. HASHIBE M., *et al.*, « Marijuana use and the risk of lung and upper aerodigestive tract cancers : results of a population-based case-control study », *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, vol.15, n°10, 2006, p.1829-1834.

139. HEMBREE W.C., *et al.*, « Changes in human spermatozoa associated with high dose marihuana smoking », *Advances in the Biosciences*, vol.80, 1991, p.67-78.

140. HENQUET C., *et al.*, « Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis and psychotic symptoms in young people », *British Medical Journal*, vol.330, n°11, 2005, p.1-5.

141. HERNING R.I., *et al.*, « Marijuana abusers are at increased risk for stroke. Preliminary evidence from cerebrovascular perfusion data », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol.939, 2001, p.413-415.

142. HÉZODE C., *et al.*, « Daily cannabis smoking as a risk factor for progression of fibrosis in chronic hepatitis C », *Hepatology*, vol.42, n°1, 2005, p.63-71.

143. HIBELL B., *et al.*, *The 1995 ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) report : alcohol and other drug use among students in 26 European countries*, Stockholm, CAN (Council for Information on Alcohol and other Drugs), 1997, 294 p.

144. HIBELL B., *et al.*, *The 1999 ESPAD report: alcohol and other drug use among students in 30 European countries*, Stockholm, CAN (Council for Information on Alcohol and other Drugs), 2000, 362 p.

145. HIBELL B., *et al.*, *The ESPAD Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Stockholm, CAN (Council for Information on Alcohol and other Drugs), 2004, 355 p.

146. HIGGINS K., COOPER-STANBURY M., WILLIAMS P., *Statistics on drug use in Australia*, Canberra, Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), 1998, 80 p.

147. HINGSON R., *et al.*, « Effects of maternal drinking and marijuana use on fetal growth and development », Pediatrics, vol.70, n°4, 1982, p.539-546.

148. HOLLY E.A., et al., « Case-control study of non-Hodgkin's lymphoma among women and heterosexual men in the San Francisco Bay Area, California », *American Journal of Epidemiology*, vol.150, n°4, 1999, p.375-389.

149. HOLT V.L., CUSHING-HAUGEN K.L., DALING J.R., « Risk of functional ovarian cyst: effects of smoking and marijuana use according to body mass index », *American Journal of Epidemiology*, vol.161, n°6, 2005, p.520-525.

150. HSAIRI M., *et al.*, « Facteurs étiologiques du cancer bronchique primitif en Tunisie », *Tunisie Médicale*, vol.71, n°5, 1993, p.265-268.

151. HUSSET M.-J., « 3 joints = 1 paquet de cigarettes », *60 millions de consommateurs*, n°404, 2006, p.40-44.

152. INGOLD R., TOUSSIRT M., *Le cannabis en France*, Paris, Anthropos, 1998, 192 p.

153. INPES, *Synthèse des principaux enseignements du post-test de la campagne d'informations sur le cannabis menée par l'INPES*, Saint-Denis, INPES, 2005 (non publiée), 24p.

154. INPES, MILDT, *Drogues et dépendance - Le livre d'information*, Saint-Denis, INPES, 2006, 177 p.

155. INSERM, *Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ?*, Paris, INSERM, coll. « Expertise collective », 2001, 429 p.

156. JABLENSKY A., « The 100-year epidemiology of schizophrenia », *Schizophrenia Research*, vol.28, n°2-3, 1997, p.111-125.

157. JEANRENAUD C., WIDMER G., PELLEGRINI S., *Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse*, Neuchâtel, IRER, Université de Neuchâtel, 2005, 140 p.

158. JOESOEF M.R., MOSURE D.J., « Prevalence of chlamydia in young men in the United States from newly implemented universal screening in a national job training program », *Sexually Transmitted Diseases*, vol.33, n°10, 2006, p.636-639.

159. KALSO E., « Cannabinoids for pain and nausea », *British Medical Journal*, vol.323, n°7303, 2001, p.2-3.

160. KARILA L., *et al.*, « Consommations nocives de produits psychoactifs à l'adolescence. Résultats préliminaires de l'étude Adotecno », *Alcoologie et Addictologie*, vol.26, n°2, 2004, p.99-109.

161. KING L.A., CARPENTIER C., GRIFFITHS P., *An overview of cannabis potency in Europe*, Lisbonne, EMCDDA, coll. « EMCDDA Insights », 2004, 71 p.

162. KLONOFF-COHEN H., LAM-KRUGLICK P., « Maternal and paternal recreational drug use and sudden infant death syndrome », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol.155, n°7, 2001, p.765-770.

163. KLONOFF-COHEN H.S., NATARAJAN L., CHEN R.V., « A prospective study of the effects of female and male marijuana use on in vitro fertilization (IVF) and gamete intrafallopian transfer (GIFT) outcomes », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol.194, n°2, 2006, p.369-376.

164. KNIGHT J.R., *et al.*, « Reliability of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) in adolescent medical practice », *Journal of Adolescent Health*, vol.29, n°2, 2001, p.125-130.

165. KOPP P., FENOGLIO P., *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, Paris, OFDT, 2000, 277 p.

166. KOPP P., FENOGLIO P., *Le coût social des drogues en 2003. Les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues en France en 2003* (Réactualisation du rapport OFDT, mai 1998), Saint-Denis, OFDT, 2006, 57 p.

167. KOPP P., FENOGLIO P., *Le coût des traitements et de la mise en œuvre de la loi dans le domaine des drogues*, Saint-Denis, OFDT, 2006, 584 p.

168. KOPP P., FENOGLIO P., BEN LAKHDAR C., « The social cost of cannabis in France, 2003 », (à paraître).

169. KUBLER T., « Le dossier du cannabis. France : la fosse aux lions », *La Recherche*, n°362, 2003, p.33-36.

170. KUIJTEN R.R., *et al.*, « Gestational and familial risk factors for childhood astrocytoma : results of a case-control study », *Cancer Research*, vol.50, n°9, 1990, p.2608-2612.

171. KWAN M.L., *et al.*, « Maternal illness and drug/medication use during the period surrounding pregnancy and risk of childhood leukemia among offspring », *American Journal of Epidemiology*, vol.165, n°1, 2007, p.27-35.

172. LABROUSSE A., *La culture du cannabis en développement*, http://www.african-geopolitics.org/show.aspx?articleid=3469, accédé en 2006.

173. LAUMON B., *et al.*, *Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (Projet SAM) : synthèse des principaux résultats*, Saint-Denis, OFDT, INSERM, INRETS, CEESAR, LAB PSA, 2005, 39 p.

174. LAUMON B., *et al.*, « Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study», *British Medical Journal*, vol.331, n°7529, 2005, p.1371-1374.

175. LAUMON B., *et al.*, « Alcool et insécurité routière : quelques enseignements de l'étude nationale SAM, France, 2001-2003 », *BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°34-35 (Numéro thématique - Alcool et santé en France, état des lieux), 2006, p.258-261 (http://www.invs.sante.fr/beh/default.htm).

176. LE VU S., *et al.*, « Nature du cannabis collecté au niveau des usagers », *La Presse Médicale*, vol.35, 2006, p.755-758.

177. LECHAT P., « Le cannabis a-t-il un intérêt thérapeutique ? » *Bulletin de l'Académie nationale de Médecine*, vol.186, n°2, 2002, p.59-66.

178. LECRUBIER Y., *et al.*, « The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI », *European Psychiatry*, vol.12, n°5, 1997, p.224-231.

179. LEE S.Y., *et al.*, « Antiestrogenic effects of marijuana smoke condensate and cannabinoid compounds », *Archives of Pharmacal Research*, vol.28, n°12, 2005, p.1365-1375.

180. LEFEBVRE T., « Dépénalisation du cannabis. La presse alternative s'engage (1970-1976) », *Alcoologie et Addictologie*, vol.28, n°2, 2006, p.119-125.

181. LEGLEYE S., *et al.*, « Validation of the CAST, a Cannabis Abuse Screening Test in general population », *Journal of Substance Use*, (à paraître).

182. LEWIS R., *et al.*, « Distribution of the principal cannabinoids within bars of compressed cannabis resin », *Analytica Chimica Acta*, vol.538, 2005, p.399-405.

183. LIAU A., *et al.*, « Associations between biologically confirmed marijuana use and laboratory-confirmed sexually transmitted diseases among African American adolescent females », *Sexually Transmitted Diseases*, vol.29, n°7, 2002, p.387-390.

184. LLEWELLYN C.D., JOHNSON N.W., WARNAKULASURIYA K.A.A.S., « Risk factors for oral cancer in newly diagnosed patients aged 45 years and younger : a case-control study in Southern England », *Journal of Oral Pathology and Medicine* vol.33, n°9, 2004, p.525-532.

185. LLEWELLYN C.D., *et al.*, « An analysis of risk factors for oral cancer in young people: a case-control study », *Oral Oncology*, vol.40, n°3, 2004, p.304-313.

186. LOPEZ D., MARTINEAU H., PALLE C., *Mortalité liée aux drogues illicites : étude d'une cohorte rétrospective de personnes interpellées pour usage de stupéfiants*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 154 p.

187. MARTIN G., *et al.*, « The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of cannabis users: Reliability, validity and diagnostic cut-off », *Drug and Alcohol Dependence*, vol.83, 2006, p.90-93.

188. MATHEW R.J., WILSON W.H., DAVIS R., « Postural syncope after marijuana: a transcranial Doppler study of the hemodynamics », *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, vol.75, n°2, 2003, p.309-318.

189. MEHRA R., *et al.*, «The association between marijuana smoking and lung cancer : a systematic review », *Archives of Internal Medicine*, vol.166, n°13, 2006, p.1359-1367.

190. MENARD C., GAUTIER A., « Inégalités et comportements de santé des 18-75 ans », in: *Baromètre santé 2000.* Volume II : Résultats, Guilbert P., et al. (Dir.), Vanves, CFES, 2002, p.391-420.

191. MENDELSON J.H., *et al.*, « Marihuana smoking suppresses luteinizing hormone in women », *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, vol.237, n°3, 1986, p.862-866.

192. MERLE S., *et al.*, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Tendances récentes sur le site de Martinique*, Saint-Denis, OFDT, 2005, 41 p.

193. MESSINA C., *Utilisations thérapeutiques proposées du cannabis et de ses dérivés. Aspects réglementaires et perspectives*, Faculté des Sciences pharmaceutiques et biologiques, Paris V, 2000, 221 p.

194. MIACHON C., GUYE O., GRUAZ D., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Tendances récentes sur le site de Lyon*, Saint-Denis, OFDT, 2005, 47 p.

195. MIKURIYA T.H., ALDRICH M.R., « Cannabis 1988: old drug, new dangers, the potency question », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol.20, n°1, 1988, p.47-55.

196. MILDT, *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001*, Paris, La Documentation française, coll. « Rapports officiels », 2000, 226 p.

197. MILDT, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool : 2004-2008*, Paris, Mildt, 2004, 76 p.

198. MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE (SECTION SÉCURITÉ ROUTIÈRE), *Bilan du comportement des usagers de la route. Année 2005*, Paris, 2006, 53 p.

199. MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Les chiffres clés de la justice*, http://www.justice.gouv.fr, accédé en 2007.

200. MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Annuaire statistique de la Justice*, édition 2006, Paris, La Documentation française, 2006, 377 p.

201. MITTLEMAN M.A., *et al.*, « Triggering myocardial infarction by marijuana », *Circulation*, vol.103, n°23, 2001, p.2805-2809.

202. MONTANARI L., *Clients demanding treatment for cannabis use in Europe in 2002: profile and recent trends.* Paper presented at KBS 2004, 2004, Helsinki.

203. MOORE B.A., *et al.*, « Respiratory effects of marijuana and tobacco use in a US Sample », *Journal of General Internal Medicine*, vol.20, 2004, p.1-5.

204. MOUQUET M.-C., « La santé des personnes en prison en 2003 », *Études et Résultats*, n°386, 2005, p.1-12.

205. MUELLER B.A., *et al.*, « Recreational drug use and the risk of primary infertility », *Epidemiology*, vol.1, n°3, 1990, p.195-200.

206. MUNCKHOF W.J., *et al.*, « A cluster of tuberculosis associated with use of a marijuana water pipe », *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* vol.7, n°9, 2003, p.860-865.

207. MURA P., *et al.*, « L'augmentation des teneurs en delta-9-tétrahydrocannabinol dans les produits à base de cannabis en France : mythe ou réalité ? » *Annales de Toxicologie Analytique*, vol.13, n°2, 2001, p.75-79.

208. MURA P., *et al.*, « Cannabis d'hier et cannabis d'aujourd'hui. Augmentation des teneurs en THC de 1993 à 2004 en France », *Annales de Toxicologie Analytique*, vol.18, n°1, 2006, p.3-6.

209. NATIONS UNIES, *Convention de 1971 sur les substances psychotropes*, 1971, 17 p. (http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_fr.pdf).

210. NATIONS UNIES, *Convention unique sur les stupéfiants de 1961. Telle que modifiée par le Protocole de 1972 portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961*, 1972, 27 p. (http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_fr.pdf).

211. NATIONS UNIES, *Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes 1988*, 1988, 23 p. (http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_fr.pdf).

212. NIEDBALA R.S., *et al.*, « Passive cannabis smoke exposure and oral fluid testing. II. Two studies of extreme cannabis smoke exposure in a motor vehicle », *Journal of Analytical Toxicology*, vol.29, n°7, 2005, p.1-9.

213. NIEDBALA S., *et al.*, « Passive cannabis smoke exposure and oral fluid testing », *Journal of Analytical Toxicology*, vol.28, n°7, 2004, p.546-552.

214. OBRADOVIC I., « Premier bilan des « consultations cannabis » », *Tendances*, n°50, 2006, p.1-6.

215. OBRADOVIC I., *« Consultations cannabis » : enquête sur les personnes accueillies en 2005*, Saint-Denis, OFDT, 2006, 100 p.

216. OCRTIS, *Usage et trafic de stupéfiants. Statistiques 1996*, Paris, OCRTIS, 1997, 91 p.

217. OCRTIS, *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2005*, Paris, ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire, Direction générale de la police nationale, Direction centrale de la police judiciaire, OCRTIS, 2006, 123 p.

218. OEDT, *ELDD Topic overviews : Possession of cannabis for personal use*, ELDD (European Legal Database on Drugs), http://eldd.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=5769&sLanguageISO=EN, accédé en 2007.

219. OEDT, *ELDD Topic overviews : Classification of controlled drugs*, ELDD (European Legal Database on Drugs), http://eldd.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public. Content&nnodeid= 5622&s Languageiso=EN, accédé en 2007.

220. OEDT, *Rapport annuel 2003 : état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège,* Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2003, 83 p.

221. OEDT, *Usage de drogues illicites dans l'UE : approches juridiques*, Lisbonne, OEDT, coll. « OEDT Dossiers thématiques », 2005, 50 p. (http://eldd.emcdda.europa.eu/ index.cfm?fuseaction= public. Content&nnodeid=5175&sLanguageiso=EN).

222. OEDT, *Rapport annuel 2006 : état du phénomène de la drogue en Europe*, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2006, 96 p. (http://annualreport.emcdda. europa.eu/).

223. OEDT, *A cannabis reader: global issues and local experiences - Perspectives on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe*, Lisbonne, EMCDDA, (à paraître).

224. OFDT, *Informations relatives au cannabis - Communiqués de presse des 21 sept., 16 oct. et 21 nov. 2006.* http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/presse.html.

225. OFDT, *Drogues et toxicomanies: indicateurs et tendances*, Paris, OFDT, 1999, 271 p.

226. OFDT, *SINTES cannabis : Système d'identification national des toxiques et des substances - investigations spéciales sur le cannabis* (données non publiées), 2005.

227. OFDT, *Enquête parents-cannabis. Note sur les attitudes et pratiques des parents en difficulté face à la consommation de cannabis de leurs enfants*, Saint-Denis, OFDT, 2005 (non publié), 24 p.

228. OFFICE CONTRE LA DROGUE ET LE CRIME DES NATIONS UNIES, Maroc. *Enquête sur le cannabis 2005*, ONUDC, 2007, 37 p.

229. ONDCP, *What America's users spend on illegal drugs 1988-2000*, Executive Office of the President of the United States, 2001, 57 p.

230. OSTREA E.M.J., OSTREA A.R., SIMPSON P.M., « Mortality within the first 2 years in infants exposed to cocaine, opiate, or cannabinoid during gestation », *Pediatrics*, vol.100, n°1, 1997, p.79-83.

231. PADIEU R., *L'information statistique sur les drogues et les toxicomanies*, Paris, INSEE, 1990, 200 p.

232. PALAZZOLO J., ROURE L., *Cannabis : du plaisir au risque. Tout comprendre pour mieux prendre en charge*, Paris, Med-Line, 2005, 219 p.

233. PALLE C., BERNARD C., LEMIEUX C., *CSST en ambulatoire - Tableaux statistiques 1998-2003. Exploitation des rapports d'activité-type des CSST en ambulatoire*, Saint-Denis, OFDT, 2005, 46 p.

234. PALLE C., *et al.*, *Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en 2004. Exploitation des rapports d'activité-type des CSST*, Saint-Denis, OFDT, 2006, 77 p.

235. PARQUET P.J., *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*, Vanves, CFES, coll. « Les dossiers techniques », 1997, 107 p.

236. PATTON G., *et al.*, « Cannabis use and mental health in young people : cohort study », *British Medical Journal*, vol.325, 2002, p.1195-1198.

237. PENNEAU-FONBONNE D., *et al.*, « Conduites addictives et milieu du travail », in: *Traité d'addictologie*, Reynaud M. (Dir.), Flammarion Médecine-Sciences, 2006, p.163-174.

238. PERETTI-WATEL P., LEGLEYE S., BECK F., « Santé mentale et usage de cannabis à la fin de l'adolescence : une relation qui déborde le cadre pharmacologique », *Médecine/Sciences*, vol.18, n°4, 2002, p.481-488.

239. PERETTI-WATEL P., BECK F., LEGLEYE S., « Usagers interpellés, usagers déclarés : les deux visages du fumeur de cannabis », *Déviance et Société*, vol.28, n°3, 2004, p.335-352.

240. PIJLMAN F.T.A., *et al.*, « Strong increase in total delta-THC in cannabis preparations sold in Dutch coffee shops », *Addiction Biology*, vol.10, 2005, p.171-180.

241. PLANCKE L., LE CÈDRE BLEU, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Tendances récentes sur le site de Lille*, Saint-Denis, OFDT, 2005, 80 p.

242. POORTMAN-VAN DER MEER A.J., HUIZER H., « A contribution to the improvement of accuracy in the quantitation of THC », *Forensic Science International*, vol.101, n°1, 1999, p.1-8.

243. POULSEN H.A., SUTHERLAND G.J., « The potency of cannabis in New Zealand from 1976 to 1996 », *Science and Justice*, vol.40, n°3, 2000, p.171-176.

244. PRIEUR C., *Les salariés des transports pourraient subir des contrôles de stupéfiants inopinés*, Le Monde, 25 nov. 2006.

245. RAHDERT E., *The adolescent assessment and referral system manual*, Rockville, MD, NIDA, 1991, 116 p.

246. RÄTSCH C., T*he Encyclopedia of psychoactive plants. Ethnopharmacology and its applications*, Rochester, VT, Park Street Press, 1998, 942 p.

247. REHM J., *et al.*, *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 : points saillants*, Ottawa, CCSA-CCLAT, 2006, 14 p.

248. REYNAUD-MAURUPT C., VERCHERE C., *Les habitués du cannabis. Une enquête qualitative auprès des usagers réguliers*, Saint-Denis, OFDT, à paraître.

249. REYNAUD M., PARQUET P.J., LAGRUE G., *Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*, Paris, Odile Jacob, 2000, 273 p.

250. REYNAUD M., *Usage nocif de substances psychoactives : identification des usages à risques ; outils de repérage ; conduites à tenir*, Paris, Documentation française, 2002, 277 p.

251. REYNAUD M., *Cannabis et santé : vulnérabilité, dépistage, évaluation et prise en charge*, Paris, Flammarion, 2004, 194 p.

252. RICHARD D., SENON J.-L., VALLEUR M., *Dictionnaire des drogues et des dépendances*, 2e éd., Paris, Larousse, 2004, 626 p.

253. ROBISON L.L., *et al.*, « Maternal drug use and risk of childhood nonlymphoblastic leukemia among offspring. An epidemiologic investigation implicating marijuana (a report from the Childrens Cancer Study Group) », *Cancer*, vol.63, n°10, 1989, p.1904-1911.

254. RODDIER M., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. Tendances récentes sur le site de la Réunion*, OFDT, 2004.

255. RODONDI N., *et al.*, « Marijuana use, diet, body mass index, and cardiovascular risk factors (from the CARDIA Study) », *American Journal of Cardiology*, vol.98, n°4, 2006, p.478-484.

256. ROMAIN O., BALTEAU S., BRAY-TOMASSI C., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Tendances récentes sur le site de Metz*, Saint-Denis, OFDT, 2005, 67 p.

257. ROQUES B., *et al.*, *Problèmes posés par la dangerosité des « drogues »*, Paris, Secrétariat d'État à la santé, 1998, 193 p.

258. ROSENBLATT K.A., *et al.*, « Marijuana use and risk of oral squamous cell carcinoma », *Cancer Research*, vol.64, n°11, 2004, p.4049-4054.

259. ROSS S.A., ELSOHLY M.A., « CBN and Δ^9-THC concentration ratio as an indicator of the age of stored marijuana samples », *Bulletin on Narcotics*, n°1, 1997, p.139-147.

260. ROST K., BURNAM M.A., SMITH G.R., « Development of screeners for depressive disorders and substance disorder history », *Medical Care*, vol.31, 1993, p.189-200.

261. SAMHSA (SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION), *Summary of findings from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse*, Rockville, MD, Office of Applied Studies, 2002.

262. SASCO A., BESSON, H., RENAUDIER, P, « Cannabis et cancer du poumon », *Croissance*, vol.25, 2003, p.39-44.

263. SASCO A.J., *et al.*, « A case-control study of lung cancer in Casablanca, Morocco », *Cancer Causes and Control*, vol.13, n°7, 2002, p.609-616.

264. SASCO A.J., BESSON H., « Cancer et cannabis : l'usage problématique du cannabis », *Revue Toxibase*, numéro spécial Toxibase-Crips, n°12, 2003, p.41-45.

265. SASCO A.J., « Cannabis, health and disease », (en préparation).

266. SAUVANIER M., *et al.*, « Les artériopathies des membres inférieurs débutant avant 50 ans. Analyse rétrospective de 73 patients », *Journal des Maladies Vasculaires*, vol.27, n°2, 2002, p.69-76.

267. SCHUEL H., *et al.*, « Evidence that anandamide-signaling regulates human sperm functions required for fertilization », *Molecular Reproduction and Development*, vol.63, n°3, 2002, p.376-387.

268. SCRAGG R.K., *et al.*, « Maternal cannabis use in the sudden death syndrome », *Acta Paediatrica*, vol.90, n°1, 2001, p.57-60.

269. SHEEHAN D., *et al.*, « The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol.59, n°20, 1998, p.22-33.

270. SHIONO P.H., *et al.*, « The impact of cocaine and marijuana use on low birth weight and preterm birth : a multicenter study », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol.175, n°1 pt 1, 1995, p.19-27.

271. SIDNEY S., *et al.*, « Marijuana use and mortality », *American Journal of Public Health*, vol.87, n°4, 1997, p.585-90.

272. SIDNEY S., *et al.*, « Marijuana use and cancer incidence (California, United States) », *Cancer Causes and Control*, vol.8, n°5, 1997, p.722-728.

273. SIMBAYI L.C., *et al.*, « Risk factors for HIV-AIDS among youth in Cape Town, South Africa », *AIDS and Behavior*, vol.9, n°1, 2005, p.53-61.

274. SINGLE E., *et al.*, *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*. Second edition, Ottawa, CCSA (Canadian Center on Substance Abuse), 2001, 69 p.

275. SPECTER S., « Drugs of abuse and infectious diseases », *Journal of the Florida Medical Association*, vol.81, n°7, 1994, p.485-487.

276. STEINBERGER E.K., FERENCZ C., LOFFREDO C.A., « Infants with single ventricle: a population-based epidemiological study », *Teratology*, vol.65, n°3, 2002, p.106-115.

277. STEPHENS T.T., SPRAUVE N.E., « Self-reported anal sex practice and sexual risk-taking after marijuana use among a sample of Georgia inmates », *International Journal of STD and AIDS*, vol.17, n°7, 2006, p.463-466.

278. SVANUM S., MCGREW J., « Prospective screening of substance dependence: the advantages of directness », *Addictive Behaviors*, vol.20, n°2, 1995, p.205-213.

279. TASHKIN D.P., « Smoked marijuana as a cause of lung injury », *Monaldi Archives for Chest Disease*, vol.63, n°2, 2005, p.93-100.

280. TAYLOR D.N., *et al.*, « Salmonellosis associated with marijuana: a multistate outbreak traced by plasmid fingerprinting », *New England Journal of Medicine*, vol.306, n°21, 1982, p.1249-1253.

281. TAYLOR D.R., *et al.*, « A longitudinal study of the effects of tobacco and cannabis exposure on lung function in young adults », *Addiction*, vol.97, 2002, p.1055-1061.

282. TAYLOR D.R., HALL W., « Respiratory health effects of cannabis : position statement of the Thoracic Society of Australia and New Zealand », *Internal Medicine Journal*, vol.33, n°7, 2003, p.310-313.

283. TETRAULT J.M., *et al.*, « Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications: a systematic review », *Archives of Internal Medicine*, vol.167, n°3, 2007, p.221-228.

284. THOMPSON J.M., *et al.*, « Risk factors for small for gestational age infants: a New Zealand study. New Zealand Cot Death Study Group », *New Zealand Medical Journal*, vol.107, n°973, 1994, p.71-73.

285. TORFS C.P., *et al.*, « A population-based study of gastroschisis: demographic, pregnancy, and lifestyle risk factors », *Teratology*, vol.50, n°1, 1994, p.44-53.

286. TRAMER M.R., *et al.*, « Cannabinoids for control of chemotherapy induced nausea and vomiting: quantitative systematic review », *British Medical Journal*, vol.323, n°7303, 2001, p.16-21.

287. TRIVERS K.F., *et al.*, « Parental marijuana use and risk of childhood acute myeloid leukaemia: a report from the Children's Cancer Group (United States and Canada) », *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol.20, n°2, 2006, p.110-118.

288. VAISSADE L., PALLE C., « Résultats RECAP 2005 », *Tendances*, (à paraître).

289. VALLARD M., EDME R., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Tendances récentes sur le site de la Guyane*, Saint-Denis, OFDT, 2005, 61 p.

290. VAN DER MEERSCH H., VERSCHUERE A.P., BOTTRIAUX F., « Le cannabis médicinal », *Journal de Pharmacie de Belgique*, vol.61, n°3, 2006, p.69-78.

291. VAN OS J., *et al.*, « Cannabis use and psychosis : a longitudinal population-based study », *American Journal of Epidemiology*, vol.156, n°4, 2002, p.319-327.

292. VERDOUX H., TOURNIER M., COUGNARD A., « Impact of substance use on the onset and course of early psychosis », *Schizophrenia Research*, vol.79, n°1, 2005, p.69-75.

293. VERSTRAETE A.G., RAES E., *Rosita-2 Project. Final Report*, Gent, Ghent University, 2006, 212 p.

294. VESCOVI P.P., *et al.*, « Chronic effects of marihuana smoking on luteinizing hormone, follicle-stimulating hormone and prolactin levels in human males », *Drug and Alcohol Dependence*, vol.30, n°1, 1992, p.59-63.

295. VOIRIN N., *et al.*, « Risk of lung cancer and past use of cannabis in Tunisia », *Journal of Thoracic Oncology* vol. 1, n°6, 2006, p.577-579.

296. WALTERS J., *The myth of « harmless » marijuana*, Washington Post, 1 May 2002.

297. WEBER A.E., *et al.*, « Risk factors associated with HIV infection among young gay and bisexual men in Canada », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol.28, n°1, 2001, p.81-88.

298. WHAN L.B., *et al.*, « Effects of delta-9-tetrahydrocannabinol, the primary psychoactive cannabinoid in marijuana, on human sperm function in vitro », *Fertility and Sterility*, vol.85, n°3, 2006, p.653-660.

299. WILLIAMS L.J., CORREA A., RASMUSSEN S., « Maternal lifestyle factors and risk for ventricular septal defects », *Birth Defects Research. Part A: Clinical and Molecular Teratology*, vol.70, n°2, 2004, p.59-64.

300. ZAMMIT S., *et al.*, « Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study », *British Medical Journal*, vol.325, n°7374, 2002, p.1199-1201.

301. ZHANG Z.F., *et al.*, « Marijuana use and increased risk of squamous cell carcinoma of the head and neck », *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention,* vol.8, n°12, 1999, p.1071-1078.

À propos de l'OFDT

Qu'est-ce que l'OFDT ?

Créé en 1993, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) est un groupement d'intérêt public. Il produit des informations provenant de sources différentes et scientifiquement validées sur les substances licites comme illicites. Il renseigne et documente de multiples questions dans le domaine des substances psychoactives et des dépendances. Qui consomme et comment ? Quels produits ? Quels dommages sanitaires et sociaux les usages occasionnent-ils ? Quelles sont les opinions et les perceptions sur les drogues ? Quelles réponses publiques sont apportées au phénomènes ? Comment les évaluer ?

Comment fonctionne-t-il ?

Le Conseil d'administration de l'OFDT, présidé par Frédéric Rouillon, regroupe des représentants de l'État, c'est-à-dire des différents ministères concernés par la lutte contre les drogues et les toxicomanies et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), ainsi que des personnes morales de droit public et privé.
Son financement est assuré par des crédits interministériels en provenance de la MILDT et par des crédits européens.
L'Observatoire appuie son action sur un Collège scientifique, présidé par Sylvain Dally, composé de représentants des principaux organismes producteurs de données ainsi que de personnalités nommées à titre personnel. Ces personnalités ont des compétences reconnues dans les domaines entrant dans les missions de l'OFDT.
L'Observatoire rassemble des spécialistes et des chercheurs issus de différentes disciplines : démographie, économie, médecine, épidémiologie, sociologie, statistique…

Production, analyse, synthèse et valorisation des connaissances

L'OFDT joue aujourd'hui un rôle incontournable dans le recueil, l'analyse, la synthèse et la valorisation des connaissances. Il permet ainsi aux pouvoirs publics de mieux anticiper les évolutions et les éclaire dans leur prise de décision. Les informations produites sont également mises à la disposition des professionnels et des citoyens.
L'OFDT est l'un des vingt-neuf relais nationaux (États membres, Norvège et Commission européenne) de l'Observatoire européen des drogues et des toxicoma-

nies (OEDT), agence de l'Union européenne basée à Lisbonne, qui a pour mission de fournir des informations objectives fiables et comparables au niveau européen sur le phénomène des drogues et des toxicomanies et leurs conséquences (http://www.emcdda.eu.int/).
Les travaux d'études et de recherches de l'OFDT sont valorisés par des publications et des mises en ligne sur Internet. Il s'agit notamment de ses grandes enquêtes menées auprès de la population française (EROPP, ESCAPAD) et de son état annuel des évolutions constatées parmi les populations d'usagers, sur la base d'un dispositif national de surveillance (TREND).
L'OFDT édite également très régulièrement *Tendances*, une lettre mettant à la disposition des décideurs, chercheurs et professionnels les connaissances les plus récentes dans le domaine des drogues et des toxicomanies.
Ces publications et l'ensemble des travaux de l'OFDT sont disponibles sur son site www.ofdt.fr et sur le portail public www.drogues.gouv.fr

Citation recommandée

COSTES J.-M. (Dir.), *Cannabis, données essentielles*, Saint-Denis, OFDT, 2007, 232 p.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3, avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Directeur : Jean-Michel Costes
Tél. : 33+(0)1 41 62 77 16
Fax : 33+(0)1 41 62 77 00
ofdt@ofdt.fr

www.ofdt.fr

Impression : Imprimerie Masson (Paris 10ème) I Crédits photographiques : Digi-France I Relecture : Sylvie Allouche

Chargé depuis bientôt quinze ans de l'observation du phénomène des drogues en France, l'OFDT consacre cette monographie au produit illicite le plus présent dans le pays, surtout auprès des jeunes générations : le cannabis.
Cette synthèse est le résultat d'un important travail collectif, mené en grande partie au sein de l'OFDT et avec l'appui de nombreux spécialistes dans des disciplines diverses et complémentaires.

À travers six parties, ***Cannabis, données essentielles*** aborde les thématiques clés liées à cette substance :

- **Consommation : niveaux, évolution, géographie**
- **Usages réguliers, usages problématiques**
- **Le marché du cannabis en France**
- **Risques, conséquences et effets liés aux usages de cannabis**
- **La réponse publique en France**
- **Comment le cannabis est-il perçu en France ?**

Grâce à une approche rigoureuse et pédagogique, le lecteur, professionnel ou néophyte, pourra appréhender les grands enjeux posés par le produit et retrouver les principales données chiffrées, relatives essentiellement à la situation française. Cet ouvrage permet également de prendre connaissance des résultats d'études les plus récents ou d'approches inédites dans des domaines aussi divers que l'analyse des consommations intensives, l'impact des usages du produit en matière de sécurité routière, ou encore l'estimation du chiffre d'affaires du cannabis en France.

Soucieux de remplir au mieux sa mission d'information auprès des pouvoirs publics, des professionnels et des citoyens, l'OFDT a choisi de mettre à disposition l'ensemble des chapitres de cet ouvrage sur son site internet.

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES
www.ofdt.fr

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

ISBN : 2-11-096697-1
ISBN : 978-2-11-096697-1

Cannabis, données essentielles
OFDT